

INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO DI PAROTIDECTOMIA

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe.

È importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, ecc.); è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesi. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, ecc.).

Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la ghiandola parotide perché affetta:

- da un tumore che può:
 - aumentare di volume;
 - infettarsi;
 - 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.

Realizzazione dell'intervento

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.

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.

Prima dell'intervento la lesione sarà studiata in anatomia patologica tramite un agoaspirato. In base all'estensione, la localizzazione e all'istotipo di tumore la parotidectomia potrà essere **parziale o totale**.

Se dovesse trattarsi di una lesione maligna si eseguirà una parotidectomia 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 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 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.

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 parotidectomia può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- 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;
- 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;
- è 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:
 - 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;
 - qualora la paralisi del nervo facciale esista già prima dell'intervento;
- successivamente all'intervento, per circa un anno, si può verificare il cosiddetto 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 anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Nel corso dei colloqui orali mi sono stati spiegati:

- la natura dell'intervento e la sua indicazione per la mia patologia in atto;
- la portata dei benefici ottenibili e la possibilità di ottenerli in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che potrebbero rendersi necessarie revisioni per eventuali difetti, anche di natura estetica, non sempre imputabili ad errori di esecuzione tecnica;
- i rischi prevedibili dell'intervento, in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che comunque ogni intervento chirurgico può comportare rischi imprevedibili;
- la possibilità di scelte alternative, con spiegazione dei relativi benefici e rischi;
- il prevedibile periodo di ricovero e di convalescenza (salvo complicazioni) e le precauzioni postoperatorie indicate per evitare complicazioni, salvo quanto verrà più precisamente prescritto dopo l'intervento e nei successivi controlli.

Nel corso dei colloqui ho chiesto ed ottenuto i chiarimenti desiderati sui vari punti oggetto delle informazioni datemi. Al termine mi è stato consegnato il prospetto scritto che precede ed integra le dette informazioni, con la raccomandazione di riconsiderarle attentamente, esprimere liberamente eventuali dubbi e quesiti ulteriori, riguardanti anche la comprensione dei singoli termini, e dichiarare infine se alla luce di tutto quanto sopra io ritenga di manifestare o meno il mio consenso all'intervento proposto.

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento sopra descritto, che è stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione, di aver ben compreso in ogni loro parte le informazioni ricevute e di aver avuto il tempo necessario per riflettere.

Ciò premesso,

esprimo oggi il mio consapevole ed informato consenso ad essere sottoposto/a all'intervento chirurgico che verrà praticato dall'équipe di questa Unità in anestesia generale/locale e ne autorizzo altresì la tecnica operatoria propostami. Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente attualmente non prevedibile e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico propostomi.

Autorizzo inoltre i sanitari curanti, qualora durante l'intervento evidenziassero altre patologie non diagnosticate precedentemente, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico. Ciò sarà fatto nel rispetto della norma sulla tutela della riservatezza (d.l.g.s. 196/2003).

Infine **acconsento** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy.

Per quanto riguarda l'aspetto estetico, si deve avere la consapevolezza che molteplici fattori quali la situazione specifica di partenza, la reattività individuale, la particolare consistenza dei tessuti ecc. determinano una grande variabilità, per cui gli esiti dell'intervento potrebbero discostarsi anche in misura apprezzabile dai risultati sperati.

Le verranno comunque fornite, a tale proposito, tutte le informazioni utili affinché il Suo consenso sia completamente informato e realmente consapevole.

INDICAZIONI E PRECAUZIONI PRE INTERVENTO (vedi allegato).

Negrar di Valpolicella, _____

p.p.v. _____

Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi al trattamento, La preghiamo di firmare la Sua dichiarazione di **CONSENSO**.

Data _____

Firma p.p.v. _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a _____

dichiaro di aver discusso con il medico curante della mia situazione clinica e di aver ottenuto in proposito chiare spiegazioni; sono pertanto consapevole che si rende necessario eseguire l'intervento di

PAROTIDECTOMIA.

Ho esaminato e bene compreso la descrizione riportata in questo stesso foglio relativa agli scopi, alle modalità di esecuzione, ai rischi ed alle possibili conseguenze del trattamento proposto ed ho potuto avere anche ulteriori chiarimenti e risposte ad ogni domanda, con particolare riguardo alla mia specifica situazione.

Sono anche a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicate.

Pertanto: ☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'intervento.

Data _____

Firma paziente _____

Il medico _____

Revoca del consenso

☐ prima dell'inizio del trattamento ☐ nel corso del trattamento

Data _____

Firma del paziente _____

ALLEGATO PAROTIDECTOMIA

Prima dell'intervento

- Sospendere almeno 10 giorni prima dell'intervento l'assunzione di medicinali contenenti acido acetil-salicilico (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Cemirit, Vivin C ecc.).
- Ridurre il fumo a massimo 2-3 sigarette almeno 2 settimane prima dell'intervento.
- Segnalare immediatamente l'insorgenza di raffreddore, mal di gola, tosse, e altri sintomi e malattie della pelle.

Il giorno dell'intervento

- Praticare un accurato bagno di pulizia.
- Non assumere cibi né bevande a partire dalla mezzanotte del giorno prima.

Dopo l'intervento

- Per almeno 1 settimana non fumare.
- È possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.
- Eventuali attività sportive potranno essere riprese non prima di 1 mese.
- Evitare l'esposizione diretta al sole o a calore intenso (sauna).
- Nei giorni immediatamente dopo l'intervento è frequente avvertire una certa dolorabilità locale che può accentuarsi con i movimenti.
- La comparsa di ecchimosi cutanee, anche evidenti, è un fatto normale, andranno riassorbendosi spontaneamente nell'arco di alcuni giorni.