

REGIONE SICILIANA  
Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Rodolico – San Marco" "Catania"  
P.O. "San Marco"  
U.O.C. di Chirurgia Maxillo Facciale  
*Direttore: Prof. Alberto Bianchi*

Gentile Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Lei possiede il diritto di essere informato sulle condizioni fisiche e sui procedimenti diagnostici e terapeutici a cui verrà sottoposto e su tutti i rischi potenziali connessi. L'attuale legislazione sanitaria prevede che il paziente (o, nei casi previsti, altro soggetto avente titolo) raccolga le necessarie informazioni e dichiarare per iscritto di accettare o rifiutare le indagini clinico-strumentali e le cure indicate.

**SCHEMA DI INFORMATIVA PAZIENTE PER INTERVENTO CHIRURGICO DI  
ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONE NEOPLASTICA DEL CAVO  
ORALE\OROFARINGE E RICOSTRUZIONE CON LEMBO LIBERO  
RIVASCOLARIZZATO**

Gentile Paziente,

Lei dovrà essere sottoposta/o ad intervento chirurgico di asportazione di neoformazione neoplastica del cavo orale\orofaringe e ricostruzione con lembo libero rivascularizzato, in quanto affetta/o dalla seguente patologia:

.....  
Affinché sia informata/o in maniera per Lei chiara e esaustiva sulla procedura a cui è stata data indicazione, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento, che contiene alcune informazioni che saranno ulteriormente spiegate, dal Suo chirurgo referente, nel corso del colloquio preoperatorio.

Tali informazioni hanno lo scopo di permetterLe di affrontare in modo consapevole il Suo percorso di cura.

È importante che riferisca al Suo chirurgo referente, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista, i farmaci di cui fa abitualmente uso e se ha presentato, in passato, manifestazioni allergiche, di qualunque natura.

Infine, è bene che porti tutta la documentazione clinica pregressa in Suo possesso (analisi del sangue, esami radiologici, etc.).

La informiamo, inoltre, che in questa Struttura operano anche medici in formazione specialistica che partecipano, laddove valutati idonei allo scopo e comunque sotto la direzione di medici specialisti, alle attività delle equipe medico-chirurgica.

## DIAGNOSI:

Neoformazione neoplastica interessante la cavità orale\l'orofaringe.

## TRATTAMENTO PROPOSTO:

L' intervento proposto consiste nell'asportazione della neoformazione di cui è portatore ed il contestuale riparo della perdita di sostanza mediante il trapianto di tessuti autologhi (del paziente stesso) prelevati da sedi anatomiche distanti dal cavo orale.

L'exeresi chirurgica della lesione comporta l'asportazione di tessuti della cavità orale\orofaringe di varia natura (mucosa, muscolo, osso mandibolare o mascellare) a seconda della sede e dell'estensione della neoformazione.

I tempi di degenza, la frequenza delle medicazioni, la tempistica per la guarigione dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata per l'intervento e sarà precisata in sede di colloquio con il Suo chirurgo referente.

## DESCRIZIONE INTERVENTO

L'intervento verrà eseguito in regime di anestesia generale.

Tale intervento consiste nell'asportazione della neoformazione neoplastica per via trans-orale (aprendo la bocca) o per via trans-facciale (attraverso incisioni esterne sul volto) a seconda della sede anatomica e dell'estensione della neoplasia.

Nel suo caso:.....

Nel caso in cui la lesione neoplastica vada ad interessare strutture ossee quali la mandibola o il mascellare, sarà necessario eseguire l'asportazione dell'osso corrispondente.

In seguito alla esecuzione della fase chirurgica resettiva oncologica, si procederà alla fase ricostruttiva, eseguendo il trasferimento di tessuti autologhi (del paziente stesso) da una sede anatomica distante, con l'obiettivo di riparare la perdita di sostanza. Si preferisce, solitamente, effettuare la ricostruzione del tessuto asportato mediante l'utilizzo di tessuto simile, prelevato da sedi 'donatrici' adatte. Affinché il tessuto trapiantato possa rimanere vitale è necessario consentirne la rivascolarizzazione attraverso l'effettuazione di anastomosi vascolari (collegamenti vascolari) tra i vasi del tessuto trapiantato ed i vasi della sede 'ricevente'.

Talvolta, alcune situazioni non prevedibili durante l'iter diagnostico pre-operatorio, perlopiù ascrivibili a situazioni anatomiche locali, possono richiedere di modificare la sede di prelievo del lembo libero, nel corso stesso dell'intervento chirurgico.

## RISCHI CONNESSI, EFFETTI COLLATERALI POSSIBILI E COMPLICANZE

Come tutti gli atti chirurgici, l'intervento di asportazione di neoformazione neoplastica del cavo orale\orofaringe e ricostruzione con lembo libero può comportare complicanze, quali:

- infezione del sito chirurgico con possibile formazione di pus;
- formazione di ematomi (raccolte di sangue) nella sede operata, che talvolta necessitano di reintervento finalizzato all'evacuazione dello stesso;
- necrosi parziale o totale del lembo utilizzato per la ricostruzione della perdita di sostanza (complicanza solitamente determinata da problematiche vascolari locali, più frequenti nei pazienti fumatori, diabetici e vasculopatici), con conseguente necessità di reintervento;
- possibili ritardi di guarigione delle ferite con formazione di deiscenze (comunicazioni) tra il cavo orale e la cute esterna;
- cicatrici ipertrofiche, evidenti o dolenti a livello del volto/collo;
- anestesia/parestesie/disestesie (perdita della sensibilità, alterazione della sensibilità, comparsa di dolore) a livello del cavo orale, delle labbra, di aree del volto;

- difetti di motilità delle labbra e/o di muscoli mimici del volto;
- difficoltà nel parlare;
- difficoltà nel deglutire.

**CONSEGUENZE DERIVANTI DALLA MANCATA EFFETTUAZIONE DELLA PRESTAZIONE**

In caso di mancata effettuazione dell'intervento proposto, la patologia di cui Lei soffre proseguirà nella sua evoluzione naturale, con possibili complicazioni anche gravi come la crescita locale o la metastatizzazione linfonodale o ad organi distanti (a seconda della tipologia di neoplasia).

**ALTERNATIVE TERAPEUTICHE**

.....  
 .....

**Attestazione di presa visione e lettura dell'informativa**

Data/ora di consegna:...../.....

consegnato da \_\_\_\_\_

Firma del paziente, del rappresentante legale, del mediatore culturale, fiduciario  
 .....

**Attestazione di presa visione e lettura dei rischi aggiuntivi connessi al particolare suo stato di salute, di seguito brevemente riassunti**  
*(Barrare se non compilato)*  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Firma del paziente, del rappresentante legale, del mediatore culturale, fiduciario

.....

Luogo e data .....

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Questa Struttura accoglie anche medici in formazione specialistica che partecipano, laddove valutati idonei allo scopo e comunque sotto la direzione di professionisti strutturati, alle attività delle equipe chirurgiche.