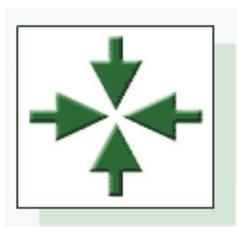


DIECI DOMANDE E DIECI RISPOSTE PER CAPIRE IL TUMORE DELLA LARINGE



**ISTITUTO NAZIONALE PER LO STUDIO
E LA CURA DEI TUMORI DI MILANO**

Questo opuscolo è stato realizzato aggiornandone uno precedente redatto dalla Prof. P. Olmi, attualmente Direttore della Radioterapia dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei tumori di Milano e dalla Dr Paola Mosconi e dal Dr Roldano Fossati del Dipartimento di Oncologia dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

L'attuale edizione è stata elaborata dalla prof. P. Olmi, dal Dr. G. Cantù, dalla Dr. L. Licitra e dalla Dr. L. Locati dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano.

L'appendice 1 è stata scritta dagli I.P. Sig.re F. Prudenzano, R. Repetto, C. Sonzogni delle S.C. Maxillo-faciale e Otorinolaringoiatria

***Dedicato a tutti pazienti affetti
da tumore della laringe***

SOMMARIO

- Che cosa è la LARINGE ? pag. 4
- Quanto è frequente? pag. 5
- Quali sono i fattori di rischio pag. 5
- Quali sono i sintomi ? pag. 6
- Come si fa la diagnosi? pag. 6
- Come si cura ? pag. 7
- Come si eseguono la radioterapia e la chemioterapia pag. 9
- Come si gestiscono la cannula e il tracheostoma ? pag. 11
- Come si può avere una voce dopo la tracheotomia ? pag. 11
- Quali consigli dopo la terapia ? pag. 12
- Come si gestisce il tracheostoma pag. 15

CHE COSA E' LA LARINGE ? E COME FUNZIONA?

La LARINGE rappresenta la prima parte dell'apparato respiratorio ed è un organo che inizia nel condotto alimentare (la faringe) e continua con la trachea che a sua volta si diramerà nei bronchi. E' la sede delle corde vocali. Posta nella parte centrale del collo, in corrispondenza della quinta, sesta e settima vertebra cervicale forma, con la sua prominente, quello che è noto come "pomo d'Adamo", più evidente negli uomini specie se magri, meno nelle donne, nei bambini e nelle persone grasse.

Il volume della LARINGE varia in rapporto con l'età ed è più grande negli uomini rispetto alle donne. Queste variazioni di volume spiegano la differenza di voce che si ha nelle varie fasi della crescita e nei maschi rispetto alle femmine.

NELLA LARINGE SI POSSONO INDIVIDUARE TRE PARTI:

- una parte superiore detta **porzione sovraglottica**
- una parte centrale detta **parte glottica** (dove ci sono le corde vocali)
- una parte che immette nella trachea detta **porzione sottoglottica**.

La porzione sovraglottica è la parte più ricca di vasi linfatici che confluiscono nelle ghiandole linfatiche del collo, dette anche linfonodi.

LA LARINGE HA VARIE FUNZIONI:

- una **attività protettiva** che cerca di impedire l'ingresso di corpi estranei in trachea. Questo avviene con l'epiglottide che funge da "coperchio", con la contrazione delle corde vocali, che chiudono il canale respiratorio, e attraverso il meccanismo della tosse.
- una **attività respiratoria**
- una **attività fonatoria** (creazione dei suoni) attraverso vibrazioni sonore provocate da movimenti di apertura e chiusura della glottide.

La modulazione del suono avverrebbe grazie alle strutture muscolari della LARINGE e alla innervazione delle medesime che fanno modificare la forma delle corde vocali, la loro tensione (come quella che si regola negli strumenti musicali a corde) e la posizione dell'una rispetto all'altra in modo che possano essere regolati l'altezza, il timbro e l'intensità dei suoni che vengono emessi, cioè della voce.

QUANTO E' FREQUENTE IL TUMORE DELLA LARINGE ?

I tumori maligni della LARINGE, costituiscono i tumori più frequenti del distretto otorinolaringoiatrico (definito anche con l'abbreviazione ORL). Lo stesso significato hanno distretto della testa e collo o cervico-facciale.

La sopravvivenza dei pazienti che si ammalano di un tumore alla LARINGE varia a seconda dell'estensione del tumore. Nei casi più favorevoli si arriva ad una sopravvivenza del 95%.

Si tratta di una patologia tipica degli uomini: questi infatti sono colpiti 10 volte di più delle donne, soprattutto per quanto riguarda i tumori che colpiscono la parte centrale della LARINGE, cioè la glottide, dove sono poste le corde vocali. Nelle donne il tumore della LARINGE si sviluppa più frequentemente nella parte superiore, cioè nella porzione sovraglottica.

L'età maggiormente colpita è compresa fra 50 e 70 anni.

Il tumore della LARINGE è divenuto più frequente in questi ultimi 10-15 anni, ma anche le probabilità di guarigione sono migliorate grazie ad una diagnosi sempre più precoce e al miglioramento delle cure.

QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO ?

Il fumo di tabacco costituisce sicuramente il più importante fattore di rischio per l'insorgenza del tumore della LARINGE che compare da 4 a 32 volte di più nei fumatori, rispetto ai non fumatori. La relazione fra numero di sigarette fumate e cancro della LARINGE è lineare e il rischio di ammalarsi aumenta con l'aumentare del numero di sigarette; il rischio è più basso nei fumatori di pipa e sigaro. Il rischio diminuisce nelle persone che hanno smesso di fumare da oltre 5 anni. Se il paziente è un accanito fumatore potrebbe essere consigliabile fare delle visite periodiche otorinolaringoiatriche, una volta l'anno, dall'età di 50 anni in su. E' ovviamente consigliato smettere di fumare o di ridurre drasticamente la quantità di sigarette alle prime avvisaglie di disturbi.

In misura minore anche l'alcool è colpevole dell'insorgenza del tumore laringeo, soprattutto nelle localizzazioni sopraglottiche.

Un fattore di rischio meno importante è rappresentato da un uso improprio delle corde vocali (uso della voce non corretto) o un abuso (persone che parlano molto per ragioni lavorative).

Esistono altri fattori di rischio, senza dubbio meno importanti del fumo, quali l'esposizione lavorativa all'amianto e al nichel.

QUALI SONO I SINTOMI ?

Il sintomo più frequente che caratterizza i tumori della LARINGE che coinvolgono le corde vocali è rappresentato dalla **voce rauca (DISFONIA)**. Tale disturbo è dapprima saltuario e tende a farsi più frequente e più intenso fino a trasformarsi in una **mancanza completa della voce (AFONIA)**.

Quando non sono colpite le corde vocali, ma altre zone della LARINGE, i sintomi sono pochi e costituiti per lo più da un **senso di fastidio ad inghiottire**. Se il tumore è più esteso si può avere una vera e propria difficoltà nella deglutizione e può comparire dolore che spesso si irradia verso l'orecchio.

Talvolta il primo sintomo è costituito **dall'aumento di volume di uno o più linfonodi situati nel collo**, specie nella sua parte superiore.

COME SI DIAGNOSTICA ?

Così come per tutti tumori, la diagnosi della malattia negli stadi iniziali permette maggiori possibilità di guarigione e anche scelte terapeutiche che rendono possibile la conservazione della LARINGE e conseguentemente delle sue funzioni. Per fare una corretta diagnosi della malattia e della sua estensione, risultano di fondamentale importanza alcune indagini strumentali.

LARINGOSCOPIA INDIRETTA:

CONSISTE NELLA VISUALIZZAZIONE DELLA LARINGE TRAMITE UNO SPECCHIETTO;
è l'esame che viene eseguito per primo, quando esistono dei sintomi che inducono a pensare ad una patologia laringea. E' pratico e rapido a farsi, costa poco e nella maggior parte dei casi può dare una discreta immagine della LARINGE e delle eventuali patologie presenti. Permette di valutare come si muovono le corde vocali sia in fonazione, mentre cioè si pronuncia "e" o "i", sia durante la respirazione. E' necessaria la collaborazione del paziente. Lo stesso esame può essere eseguito con il fibroscopio rigido.

• **LARINGOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE:**

CONSISTE NELLA VISUALIZZAZIONE DIRETTA DELLA LARINGE;
si esegue infilando un fibroscopio (tubo flessibile di piccolo diametro) attraverso il naso fino ad arrivare a visualizzare la LARINGE ai suoi diversi livelli. E' un esame ben tollerato dal paziente, riesce ad individuare lesioni piccole e permettere di eseguire biopsie (piccoli prelievi di tessuto).

• **LARINGOSCOPIA IN SOSPENSIONE:**

è l'esame più valido per una diagnosi definitiva, indispensabile nei casi non completamente risolti dall'uso delle fibre ottiche. Questo esame permette di individuare lesioni ancora più piccole e permette inoltre di eseguire interventi chirurgici, quali ad esempio la decorticazione, una specie di pulizia delle corde

vocali. Ha il limite di richiedere che il paziente sia in anestesia generale e pertanto c'è la necessità di un ricovero (un giorno o due).

E' opportuno sottolineare che solo l'analisi al microscopio di un frammento del tessuto, **biopsia**, prelevato mediante una laringoscopia con fibre ottiche o a sospensione costituisce l'unica vera prova che siamo di fronte ad un tumore.

Gli **esami di diagnostica per immagini**, quali la Tomografia Computerizzata (TC) e la Risonanza magnetica (RM) risultano utili al completamento degli esami strumentali soprattutto nei casi più avanzati di malattia. Se non vengono eseguite TC e RM, perché non indicate, l'Ecografia può essere utile per lo studio dei linfonodi del collo, che possono essere interessati dal tumore della LARINGE (metastasi linfonodali) quando non limitato alle corde vocali.

Infine dovrà essere eseguita sempre una Radiografia del torace sia per valutare l'eventuale presenza di metastasi polmonari o la presenza contemporanea di un tumore polmonare. Il fumo infatti è la causa più importante anche del tumore polmonare.

COME SI CURA IL TUMORE DELLA LARINGE ?

Per offrire al paziente le migliori possibilità di cura e la migliore conservazione delle funzioni laringee la chirurgia, la radioterapia e, nei casi più avanzati, la radiochemioterapia possono essere impiegate sia singolarmente sia in combinazione.

- **CARCINOMA IN SITU DELLE CORDE VOCALI**

è un tumore in una fase molto iniziale, detta appunto in situ, che significa non ancora invasivo. In questi casi può bastare il semplice intervento di decorticazione (pulizia delle corde vocali). La radioterapia può essere fatta sia subito dopo la diagnosi di carcinoma in situ che alla eventuale sua ricomparsa. Il paziente, nel caso non faccia la radioterapia, è bene che si sottoponga a controlli frequenti. Nel caso del carcinoma microinvasivo, tipo più avanzato del carcinoma in situ, è indicato effettuare subito un trattamento radioterapico.

- **CARCINOMA LIMITATO AD UNA SOLA CORDA VOCALE**

Con la radioterapia si ottengono percentuali di guarigione del 90-95 % in genere senza conseguenze sulla voce. Quest'ultima subisce solo un temporaneo abbassamento durante il trattamento e che poi ritorna alla normalità.

La radioterapia dura circa sette settimane con sedute giornaliere (tranne il sabato e la domenica) e pertanto può causare disagio al paziente che deve recarsi al centro di radioterapia. Mentre non ci sono controindicazioni all'esecuzione del trattamento, dopo la chirurgia si possono verificare delle difficoltà nel periodo immediatamente postoperatorio se le condizioni respiratorie del paziente non sono buone.

La radioterapia è la terapia di scelta se esiste un rischio legato all'anestesia cosa che può verificarsi soprattutto nelle persone anziane.

Con un intervento chirurgico, che si chiama cordectomia, viene asportata la corda vocale in cui è presente il tumore e si ottiene la guarigione nel 90-95% dei pazienti così come con la radioterapia. Non occorre eseguire alcuna terapia sui linfonodi del collo. La voce, proprio perché viene asportata una corda vocale, rimane rauca, anche se con il passare del tempo può migliorare notevolmente. Oggi la cordectomia viene prevalentemente eseguita in laringoscopia diretta con il laser. Questo evita incisioni chirurgiche del collo.

In considerazione del fatto che entrambi i metodi di trattamento ottengono lo stesso tipo di risultati, il paziente deve essere informato sulle possibilità di cura che ha e deve poter essere messo in grado di scegliere.

- **CARCINOMA ESTESO ALLE DUE CORDE E/O ALLA COMMISSURA (PUNTO DI INCONTRO DELLE CORDE)**

Esistono interventi chirurgici di tipo conservativo o di tipo demolitivo e ricostruttivo anche per questo tipo di estensione clinica. L'estensione ancora

limitata della malattia può comunque essere guarita con la radioterapia che viene effettuata con le stesse modalità che nel caso precedente. Le possibilità di guarigione rimangono molto elevate dell'ordine del 90%.

- **CARCINOMA ESTESO ALLA REGIONE CORDALE E ALLA REGIONE SUPERIORE DELLA LARINGE (REGIONE SOVRAGLOTTICA)**

esistono molti tipi di interventi chirurgici in funzione delle differenti situazioni cliniche che consentono, asportando una parte della LARINGE, di conservare la voce e le altre funzioni (intervento conservativo) o di asportare grossa parte della laringe ricostruendola con alcune parti che vengono lasciate (intervento demolitivo-ricostruttivo). Le guarigioni ottenibili sono intorno all'80-85% ed esiste la possibilità di effettuare anche un secondo intervento chirurgico di asportazione completa della LARINGE, in caso di ripresa di malattia.

Oltre alla chirurgia conservativa è possibile fare un trattamento radioterapico. Questo può determinare una guarigione del 70-80% dei casi e non impedisce comunque un intervento chirurgico alla eventuale ricomparsa del tumore con il sacrificio in genere della laringe. Il periodo postoperatorio sarà però un po' più lungo e la guarigione della ferita più lenta.

I linfonodi del collo, anche nei casi in cui non sono aumentati di volume, verranno sempre asportati nel caso di intervento chirurgico sulla LARINGE; o irradiati, se si irraderà la LARINGE.

L'estensione della malattia in questo stadio è comunque limitata e ogni sforzo e qualsiasi cura in prima istanza deve mirare a conservare la laringe.

- **CARCINOMA COINVOLGENTE PROFONDAMENTE LA CORDA VOCALE CON IMMOBILITÀ DELLA STESSA, O CON ESTENSIONE ANCHE AD ALTRE SEDI DELLA LARINGE O DELLA FARINGE (IPOFARINGE O OROFARINGE)**

in questi casi l'intervento chirurgico è la terapia fino ad oggi ritenuta lo standard di cura e consiste nella asportazione totale della LARINGE e talvolta anche di organi vicini, con la conseguenza di una apertura permanente nella parte centrale e bassa del collo, detta **tracheostoma**, che permette di respirare. Alla asportazione della LARINGE si deve associare l'asportazione dei linfonodi del collo talvolta da un lato, talvolta da entrambi.

Quando i linfonodi sono aumentati di volume l'asportazione viene eseguita in modo cosiddetto "radicale" che comporta maggiori effetti collaterali per il paziente. Infatti, oltre ad una riduzione di volume del collo dovuta all'asportazione di un importante muscolo, è possibile che si abbia l'abbassamento della spalla dallo stesso lato dell'intervento per interruzione di alcune fibre nervose. Quando si associa la radioterapia all'intervento tali disturbi possono divenire più marcati.

Anche in questi casi di tumori più avanzati i risultati ottenibili sono buoni e i pazienti possono guarire nel 70-90% dei casi, dipendentemente dalla estensione del tumore alle sottosedì della laringe.

Purtroppo il conseguimento di tali risultati si ottiene con una mutilazione importante e con la conseguente perdita delle funzioni svolte dalla LARINGE, prima fra tutte quella di potere parlare con le proprie corde vocali.

Talvolta dopo l'intervento, all'esame istologico vengono segnalati particolari fattori di rischio che predispongono ad una possibilità maggiore di ripresa di malattia, per cui si rende necessario eseguire la radioterapia dopo l'intervento chirurgico. Anche in questo caso la radioterapia può essere associata con la chemioterapia per ottenere una maggiore efficacia di cura.

Dopo molti studi clinici effettuati negli Stati Uniti e in Europa si è visto che pur in presenza di un tumore avanzato, è possibile ottenere guarigioni in percentuali intorno al 70% con l'uso di radioterapia e chemioterapia combinate. Nel caso di insuccesso di questa terapia l'intervento chirurgico può essere eseguito.

In alcuni casi in cui non fosse possibile per particolari condizioni del paziente usare la chemioterapia combinata alla radioterapia; quest' ultima cura da sola può ottenere guarigioni nel 50-60% dei casi nei tumori avanzati ma limitati alle corde vocali.

E' compito dei chirurghi, dei radioterapisti, degli oncologi medici illustrare al paziente affetto da tumore laringeo avanzato tutte le possibilità di cura di cui oggi si può disporre, per permettere al paziente reso consapevole la possibilità di scelta della cura.

COME SI ESEGUONO LA RADIOTERAPIA E LA CHEMIOTERAPIA ?

La radioterapia è un trattamento che ha lo scopo di distruggere le cellule tumorali utilizzando radiazioni ionizzanti generate da un apparecchio con il cobalto o da un acceleratore lineare.

Le tecniche più moderne permettono di concentrare solo nella zona tumorale (volume di trattamento) le radiazioni, risparmiando al massimo i tessuti sani.

Le dimensioni del campo di trattamento radioterapico variano, come già accennato prima, a seconda della estensione del tumore primitivo. Sarà limitato alla regione che comprende le corde vocali tutte le volte che il tumore è limitato a questa sede: senza necessità di irradiare i linfonodi del collo. In caso di tumori più estesi dovranno invece essere irradiati sia la LARINGE che alcuni linfonodi del collo.

La dose totale necessaria per guarire il tumore è compresa fra 64 e 70 Gy (Gy = Gray, unità di misura della dose assorbita) e viene somministrata frazionata in sedute giornaliere per cinque giorni la settimana per il numero di settimane necessarie per completare il trattamento, in genere circa sette settimane.

Quando la radioterapia segue alla chirurgia nel campo di trattamento viene compreso anche il tracheostoma. La dose che verrà somministrata sarà più bassa rispetto a quella che si somministra quando la radioterapia rappresenta l'unica cura: circa 60 Gray, frazionata in circa sei settimane.

In genere la radioterapia dovrebbe essere eseguita entro sei settimane dalla chirurgia, anche se talvolta per il prolungarsi della guarigione della ferita o per sovraffollamento dei centri di radioterapia non è possibile rispettare tale periodo. In caso di un grande rischio che la malattia tumorale si ripresenti può essere indicato associare alla radioterapia la chemioterapia.

Con i moderni apparecchi e tecniche accurate, le complicanze più gravi della radioterapia sono ridotte all'1 - 2 %. Tra gli effetti collaterali meno gravi c'è da segnalare una certa secchezza delle mucose laringee irradiate, talvolta edema (rigonfiamento) di alcune strutture laringee che dura in genere per un breve periodo.

La chemioterapia antitumorale è un trattamento con farmaci che hanno lo scopo di distruggere o controllare la crescita delle cellule tumorali.

Fino a qualche tempo fa, nel tumore della LARINGE, la chemioterapia è stata effettuata prevalentemente allo scopo di alleviare i sintomi determinati dalla ricomparsa della malattia, dopo che chirurgia e radioterapia non potevano più essere utilizzate. Oggi però esistono modalità di impiego della chemioterapia con finalità curative, come già avviene per altre neoplasie.

Infatti, come accennato in precedenza, è possibile ottenere la guarigione in un alto numero di casi con una associazione di radioterapia e chemioterapia. In tal modo è possibile preservare la laringe e le sue funzioni

Questo tipo di terapia riguarda solo i casi di tumore esteso in cui non sia possibile ottenere la conservazione dell'organo con metodi tradizionali (sola chirurgia e sola radioterapia).

La chemioterapia utilizza vari farmaci fra i quali quelli a maggiore efficacia sono ancora oggi i derivati del platino (Cisplatino e Carboplatino) e il 5-Fluorouracile.

Il Cisplatino e il Carboplatino possono essere usati da soli in concomitanza della radioterapia o uniti al 5 Fluorouracile.

A seconda dei farmaci utilizzati variano gli effetti indesiderati: fra questi: i sintomi più comuni sono rappresentati dal vomito, dalla caduta dei capelli, dalla infiammazione delle mucose, soprattutto nei tratti compresi nel volume di trattamento radioterapico.

Una terapia di supporto mirata può ridurre molto gli effetti collaterali dei farmaci e della radioterapia.

I farmaci in combinazione vengono somministrati all'inizio della radioterapia e poi ogni 21 giorni durante tutto il trattamento o in tempi diversi a seconda dei farmaci impiegati.

COME SI GESTISCONO LA CANNULA E IL TRACHEOSTOMA ?

Quando il paziente diviene un portatore di tracheostoma devono essere messe in atto delle cure, prima fra queste una corretta aspirazione del muco che si forma in trachea, fino a che non si è ristabilito completamente il riflesso della tosse.

Inoltre il paziente per un certo periodo deve portare la cannula che è rappresentata da una specie di tubo metallico o di plastica posta nel tracheostoma che scende in basso nella trachea.

La cannula si compone di tre parti:

- **la cannula vera e propria** provvista ai due lati di due alette con delle fessure dentro le quali passano i nastri di cotone che allacciati fra loro dietro il collo, fanno sì che la cannula resti ben ferma all'interno della trachea;
- **la controcanula** che viene inserita dentro la cannula e mantenuta lì con una apposita levetta. Serve ad impedire che la cannula venga ostruita dai catarrhi tracheo-bronchiali che tendono, seccandosi, a formare delle croste;
- **un mandrino** che viene messo all'interno della cannula e che serve per meglio introdurla in trachea e che poi viene sostituito dalla controcanula.

Le cannule hanno dimensioni, lunghezza e curvatura variabili.

In caso di radioterapia, dopo l'intervento chirurgico, si devono usare cannule di plastica e non di metallo.

Dopo un certo periodo di tempo la cannula e la controcanula vengono tolte dal tracheostoma e rimane l'apertura di cui il paziente deve avere particolare cura.

CONSIGLI PER IL PAZIENTE (vedi anche appendice 1 a pag.15)

- stare attento a non gettare acqua nella stomia durante il bagno
- tenere riparato il tracheostoma con una sciarpa o con appositi "bavaglini" che devono comunque essere di materiale che permetta il passaggio dell'aria
- tenere ben umidificata la mucosa della trachea con apposite gocce, in genere di vitamina A; nel caso si formino delle croste si deve aver cura di rimuoverle

COME SI PUO' PARLARE NUOVAMENTE DOPO LARINGECTOMIA TOTALE ?

Dopo un primo periodo in cui il paziente deve portare la cannula, questa può essere rimossa e dopo l'eventuale trattamento radioterapico, può iniziare la fase della riabilitazione vocale.

Esistono scuole apposite, dette di Foniatria, che svolgono la rieducazione del paziente laringectomizzato; anche presso questo istituto esiste una scuola di questo tipo

La normale **voce laringea** viene sostituita con la cosiddetta voce **esofagea** (talvolta anche faringea) che si ottiene insegnando al paziente ad eruttare aria attraverso l'esofago, a controllare tale emissione di aria e ad ingurgitare tanta aria quanta poi gli è necessaria per emetterla e sonorizzarla. Di solito basta un periodo di tre - quattro mesi per far sì che i pazienti imparino ad usare questo meccanismo e possano acquistare la capacità di parlare anche al telefono.

L'ostacolo più grande è spesso rappresentato dalla vergogna di eruttare che talvolta, specie in presenza di altre persone, inibisce il paziente al punto da fargli rinunciare ad imparare ad usare la voce esofagea.

Esistono degli apparecchi capaci di generare una voce artificiale, detti **vibrafoni o laringofoni**, che vengono appoggiati dal paziente sul collo. La proiezione del suono avviene attraverso la bocca dopodiché il suono viene articolato come per la voce laringea. La voce è metallica, artificiale, in genere poco gradita al paziente medesimo.

All'interno del tracheostoma si possono anche collocare delle **valvole** che devono ancora essere perfezionate e che comunque devono essere sostituite con una certa frequenza (circa ogni 8 mesi).

Il paziente oltre alla voce deve recuperare anche il meccanismo della deglutizione. Questo avviene di solito spontaneamente, ma esistono anche in questo caso delle tecniche di riabilitazione, che possono essere personalizzate a seconda del tipo di disfunzione della deglutizione.

Di grande importanza, in tutta la fase riabilitativa, è la pazienza ed il conforto dei parenti e degli amici che primi fra tutti possono aiutare moltissimo il paziente affinché questi recuperi la propria indipendenza di vita con la riacquisizione dei rapporti sociali basati in gran parte sulla comunicazione vocale.

QUALI CONSIGLI DOPO LA TERAPIA ?

Come abbiamo già detto molte volte in questo opuscolo, in tutti i casi di tumore laringeo limitato le possibilità di guarigione sono molto buone e nella maggior parte dei casi è possibile conservare la LARINGE o almeno una parte dell'organo senza la perdita totale delle sue funzioni.

Oggi anche in casi di tumore più esteso si può ottenere la guarigione senza il sacrificio della laringe con la radiochemioterapia. Nei casi in cui non si riesca a raggiungere la guarigione, la chirurgia può essere fatta con ottime possibilità di cura anche se con una guarigione della ferita più lunga e complessa.

Dopo le terapie effettuate è molto importante che il paziente faccia i controlli periodici con visite cliniche e gli esami che di volta in volta gli verranno richiesti.

I controlli periodici devono protrarsi per almeno cinque anni, che rappresentano il periodo di rischio per il paziente, ma possono anche essere proseguiti più a lungo. C'è infatti, la possibilità che possa svilupparsi nel distretto della testa e collo o in altra sede un'altra neoplasia, che così può essere prontamente diagnosticata in stadi più limitati.

E' importante comunque che il paziente sia il primo medico di sé stesso sorvegliando attivamente il proprio stato di salute e rivolgendosi al medico di famiglia o agli specialisti che lo hanno curato, tutte le volte che si accorga di nuovi sintomi.

E' assolutamente sconsigliato riprendere l'abitudine del fumo, sia:

- se è stata effettuata una terapia molto localizzata con chirurgia, perché le altre sedi della LARINGE possono ammalarsi nuovamente di tumore;
- nei casi che sono stati sottoposti a radioterapia, perché il fumo costituisce uno stimolo irritativo notevole per le mucose irradiate;
- infine, perché il fumo è comunque dannoso ad altri organi come il cuore, i polmoni anche per malattie diverse dal tumore, le arterie etc

Con le brevi nozioni fornite da questo opuscolo speriamo di essere stati di aiuto a tutti coloro che devono affrontare la realtà di un tumore della LARINGE.

Nella maggior parte dei casi la medicina attuale è in grado di offrire al paziente notevoli possibilità di guarigione e sempre meno con il sacrificio di un organo così importante per la vita di relazione con gli altri.

Ci auguriamo che le persone si convincano a non fumare più e che con la perdita dell'abitudine al fumo scompaia o per lo meno si riduca sensibilmente anche questo tipo di neoplasia.

Appendice 1 – INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE CON TRACHEOSTOMA

(a cura degli Infermieri Professionali sig.ra F. Prudenzeno, R. Repetto,
C. Sonzogni)

La **tracheotomia** è una foro praticato alla base del collo, attraverso il quale si vede la trachea, che pertanto si affaccia all'esterno.

Dopo l'intervento al fine di stabilizzare la guarigione del tracheostoma vengono inserite le cannule tracheali.

Le cure igieniche del tracheostoma sono importanti e devono essere eseguite dal paziente stesso che acquista così una indipendenza di gestione. Nei casi di impossibilità di autogestione le manovre possono essere eseguite da altra persona (infermiere, parente) avendo l'accortezza di stare di lato al paziente, per evitare secrezioni espulse con colpi di tosse.

Che cosa occorre per gestire la cannula:

1. Bavette con foro che si confezionano da garze che non occorre che siano sterili della grandezza di 30x30 cm. La garza deve essere piegata prima in tre parti (Fig.1) e poi ancora in due, dopodiché di pratica un foro di circa 1 cm a 3 cm dal margine superiore (Fig.2) e si lega la parte laterale della cannula con delle fettucce (fig.3)



Fig.1

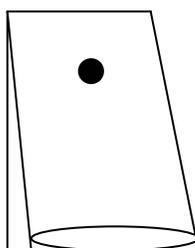


Fig. 2

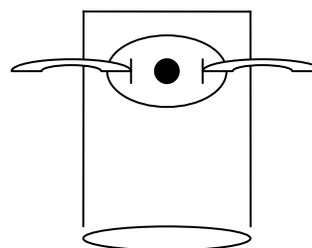


Fig. 3

2. La fettuccia acquistabile in merceria deve essere alta mezzo cm e lunga 60 cm.
3. Olio gomenolato al 3% acquistabile in farmacia
4. Manopola di spugna che deve servire solo a questo scopo e ogni volta deve essere lavata accuratamente dopo l'impiego

5. Garzine non sterili di 15x15 cm
6. Pinzetta per sopraciglia
7. Scovolino piccolo per pulire l'interno della cannula (reperibile in farmaci in negozi di casalinghi o di sanitari)
8. Spazzolino da unghie
9. Pomata contenente ossido di zinco o altra pomata contro gli arrossamenti della pelle da usarsi solo se la pelle intorno al tracheostoma si arrossa
10. Bavetta copri cannula (non obbligatoria) con lacci o foulard
11. Contenitore con acqua calda di dimensioni idonee a contenere la cannula

Le manovre che si effettuano non sono sterili e pertanto richiedono igiene accurata delle mani, materiali puliti, ma non sterili e accortezze di buon senso.

Durante le manovre può manifestarsi tosse, specialmente tutte le volte che si inserisce la cannula. Occorre aspettare che passi per inserirla.

Esecuzione di inserimento della cannula:

1. Slacciare o tagliare la fettuccia, tenendo la cannula con l'altra mano
2. Togliere le cannule dalla trachea impugnandole dalle alette laterali
3. Eliminare la bavetta sporca e anche la fettuccia, se sporca
4. Immergere le cannule nel contenitore con l'acqua calda dopo averle separate ruotando la levetta che le tiene unite
5. Pulire la pelle al di sotto del foro usando la manopola o la spugnetta insaponata
6. Bagnare pochi foglietti di garza in acqua tiepida, strizzarli bene e pulire il foro, cercando di togliere le secrezioni di catarro; l'azione deve essere efficace, ma non traumatica per la pelle
7. Se ci sono delle crosticine, che non sono state rimosse con la spugna, toglierle con le pinzette. Non insistere in tale azione se sono fortemente attaccate alla cute
8. Asciugare la pelle tamponando con una garza asciutta
9. Se la pelle è arrossata applicare un leggero strato di pomata
10. Spazzolare le parti esterne delle cannule con lo spazzolino e la parte interna con lo scovolino
11. L'interno della controcannula è in genere il più sporco: in caso di difficile pulizia si può prolungare il tempo di immersione in acqua calda o, in alternativa, in acqua ossigenata (3% - 10 Vol.)
12. Il paziente può rimanere temporaneamente privo di cannula, senza particolari problemi
13. Asciugare cannula e controcannula in modo accurato scuotendole per far uscire le goccioline d'acqua che si trovano al loro interno. Se entrano in trachea possono provocare violenti accessi di tosse
14. Reinserire la controcannula nella cannula e fissarla ruotando l'apposita levetta
15. Inserire la fettuccia nei fori posti sulle alette della cannula e introdurre quest'ultima nel foro della bavetta

16. Ungere leggermente la cannula con una goccia d'olio gomenolato distribuendolo con le dita
17. Introdurre delicatamente la cannula in trachea con un movimento ad arco e allacciare con un fiocco ben fatto sul retro del collo in posizione nucale. La manovra stimola spesso la tosse: in tal caso arrestarsi un momento e proseguire quando il paziente inspira
18. La fettuccia non deve essere troppo stretta , ma neppure troppo larga perché la cannula così potrebbe muoversi stimolando la tosse
19. Applicare l'eventuale bavetta di copertura

Altri consigli generali:

Mantenere umidificato l'ambiente in cui si vive e si dorme, in particolare nella stagione invernale quando l'aria è molto secca a causa del riscaldamento (contenitori d'acqua sul calorifero, umidificatori elettrici).

Se **manca il respiro** provare a togliere le cannule a a tossire forte per facilitare l'espulsione di tappi di catarro. Se non si riesce ad espellerli mettere **due gocce di olio gomenolato in trachea**. Può essere utile guardarsi allo specchio per vedere se il tappo è vicino al tracheostoma e , in tal caso, può essere tolto con le pinzette.

Per **togliere il catarro** che si trova appiccicato in trachea togliere cannula e controcannula, introdurre il mandrino inumidito con acqua (non gocciolante!) in trachea e tossire vigorosamente. Le secrezioni si attaccheranno così al mandrino e potranno essere portate all'esterno.

Si può **fare la doccia** avendo cura di non fare entrare acqua nel tracheostoma, tenendo la testa china e usando un getto dell'acqua non forte.

Per i pazienti laringectomizzati si consiglia di visitare il sito Associazione Pazienti Laringectomizzati A.I.L

www.azaleaweb.it

Si può accedere direttamente dal sito dell'INT:

www.istitutotumori.mi.it