

NOTA INFORMATIVA CHIRURGIA FUNZIONALE ENDOSCOPICA NASO SINUSALE (FESS)

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

----- [__ / __ / ____] ora: __ / __

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la
preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.**

Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi
fornisce le informazioni

OTO05 – rev.25.01.2023

Alla luce di tali premesse:

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona¹?

☐ SI ☐ NO

FIRMA DEL PAZIENTE

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

☐ SI ☐ NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

¹ Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

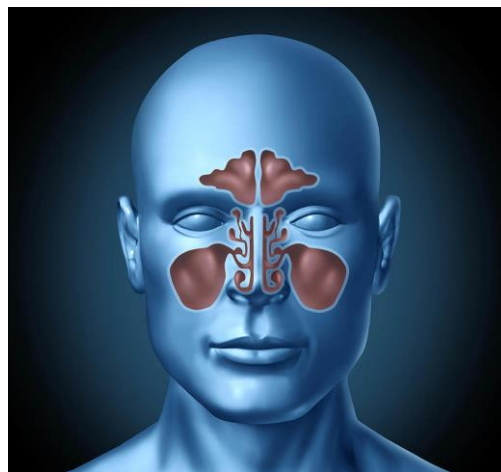
INFORMAZIONI RELATIVE A **CHIRURGIA FUNZIONALE ENDOSCOPICA NASO** **SINUSALE (FESS)**

Gentile paziente, La ringraziamo per aver scelto la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la nostra equipe che si prenderà cura di Lei in questo percorso terapeutico, ponendoLa al centro della nostra attenzione secondo la missione del nostro Policlinico: “La scienza per l’uomo”.

1. COS'È LA SINUSITE

La sinusite è un processo infiammatorio, acuto o cronico, delle mucose dei seni paranasali, spesso accompagnata da un processo infettivo primario o secondario.

In caso di sinusite, la mucosa infiammata aumenta il proprio volume, determinando un restringimento degli osti di comunicazione tra seni paranasali e cavità nasali. Questo dà origine ad un ristagno del muco all'interno dei seni, che diviene un sito ideale per la crescita di batteri giunti dalle cavità nasali o dalla cavità orofaringea. Si determina così una sovrapposizione tra infiammazione (che può essere di varia origine, ad esempio allergica) ed infezione.

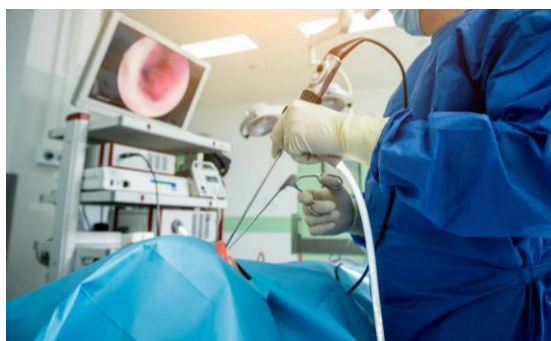


2. COME SI CURA LA SINUSITE?

La Sinusite si cura quando possibile con terapia medica, in caso di insuccesso o di riacutizzazione frequenti si ricorre a terapie chirurgiche per ripristinare una buona aerazione del naso, un'adeguata ventilazione e di drenaggio naso-sinusale alla base delle forme croniche o recidivanti di sinusite e delle forme acute complicate.

3. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA DI FESS?

La metodica si basa sull'utilizzo di un endoscopio in grado di fornire un'immagine ingrandita con diverse angolazioni delle strutture interne delle fosse nasali, e di una serie di strumenti da taglio e non, con il fine di rimuovere le alterazioni anatomiche che creano ostruzione e asportare la mucosa danneggiata. Al termine della procedura è possibile che vengano utilizzati dei tamponi emostatici riassorbibili che quindi non necessitano rimozione oppure di tampone non riassorbibili che generalmente verranno rimossi dopo 24/48 ore.



La chirurgia endoscopica viene utilizzata in diverse patologie:

- Alcuni tipi di deviazione del setto nasale;
- Disturbi della respirazione nasale;
- Infiammazioni di tipo acuto e cronico;

- Di natura batterica;
- Di natura micotica (dovuta a funghi infettivi);
- Di qualunque seno paranasale, cioè:
 - Del seno etmoidale (struttura bilaterale e simmetrica, costituita da un insieme di cavità pneumatiche paranasali, divise dal turbinato medio in anteriori e posteriori, che è in rapporto per ciascun lato con il seno mascellare, il seno frontale, il seno sfenoidale, l'endocranio e con l'orbita);
 - Del seno mascellare (cavità pneumatica localizzata, una per ciascun lato, nello spessore dell'osso mascellare superiore al di sotto dell'orbita e comunicante con la fossa nasale omolaterale);
 - Del seno frontale (cavità pneumatica, localizzata nello spessore dell'osso frontale, comunicante con la fossa nasale corrispondente e separata da un setto osseo dall'altra analoga controlaterale);
 - Del seno sfenoidale (cavità pneumatica sviluppata nel corpo dell'osso endocranico detto sfenoide e separata da un setto osseo sottile dall'altra del lato opposto, spesso asimmetrica);
- Poliposi di qualunque seno paranasale; i polipi sono tumori benigni che non diventano mai maligni, che derivano dalla progressiva estroflessione della mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste l'interno delle cavità nasali e dei seni paranasali e che secerne muco) e che, ostruendo il lume delle fosse nasali, rendono difficile respirare con il naso;
- Mucocele (cisti mucosa)
- Corpi estranei;
- Piccoli osteomi dell'etmoide o dell'infundibolo del seno frontale;
- Dacriocistite cronica (infezione del sacco lacrimale);
- Tumore benigno;
- Biopsia in caso di sospetto tumore maligno;
- Esoftalmo maligno (forma grave, dolorosa e progressiva dell'esoftalmo, che provoca congiuntivite, ulcere corneali, eventuale infiammazione dell'occhio nella sua totalità);
- Legatura dell'arteria etmoidale per epistassi (sanguinamento dal naso) che non si arresta dopo cauterizzazione in anestesia locale o dopo il tamponamento delle fosse nasali;
- Rinoliquorrea (fuoriuscita dal naso del liquido contenuto nel cervello) in caso di fratture isolate del tetto dell'etmoide o dello sfenoide;
- Alcuni tipi di tumore maligno;
- Meningo/encefalocèle (meninge o meninge + tessuto cerebrale che ernia nel naso);
- In caso di fistola rinoliquorale, e meningo/encefalocèle può rendersi necessario un prelievo di tessuto adiposo dalla regione addominale.

4. QUALI SONO I BENEFICI?

L'intervento di FESS migliora le condizioni ventilatorie e di drenaggio naso-sinusale rimuovendo gli ostacoli meccanici favorenti l'ingenerarsi della sinusite. Tuttavia qualora vi sia una predisposizione infiammatoria cronica della mucosa (ad esempio allergia o poliposi infiammatoria) può essere comunque necessario ricorrere a terapia medica nel post operatorio al fine di mantenere quiescente lo stato infiammatorio.

5. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Non sarà necessario eseguire una tricotomia.

Inoltre è necessario attuare il protocollo per la profilassi trombo-embolica qualora venga indicata dal medico referente in sede di preospedalizzazione, in ogni caso, il medico referente indicherà se continuare o sospendere la terapia farmacologica quotidiana.

Può bere (acqua, té, caffè, camomilla) fino a 2 ore prima dell'anestesia.

NON è necessario, anzi è dannoso, rimanere a digiuno dalla mezzanotte del giorno precedente.

Può alimentarsi con altri tipi di liquidi (latte, frullati, succhi di frutta) fino a 6 ore prima.

Può mangiare fino a 8 ore prima (piccole quantità, evitando cibi grassi e pesanti).

Prima di uscire di casa per venire in ospedale è necessario eseguire una doccia, lavandosi accuratamente per prevenire infezioni postoperatorie; per lo stesso motivo è bene indossare biancheria intima pulita e abiti comodi.

COSA LASCIARE A CASA: anelli, orologio, braccialetti, collane, etc.

COSA PORTARE CON SÈ: il contenitore per eventuali protesi dentarie mobili; Tessera sanitaria; Impegnativa per l'intervento (se richiesta); Documento di riconoscimento valido (carta d'identità, passaporto, etc.); Eventuale tessera di esenzione; Documentazione sanitaria di esami/visite precedenti, soprattutto se eseguiti in altre strutture (immagini; dischetti CD-ROM; etc.) e i Farmaci personali.

Ci scusiamo in anticipo nel caso in cui dovesse attendere più del previsto prima dell'intervento chirurgico: purtroppo in alcuni casi non è ovviabile e dipende dalla tempistica non sempre programmabile della sala operatoria.

6. DURATA DELLA PROCEDURA

La durata della procedura solitamente è di almeno 1-2 ore ma questo è variabile a seconda dell'estensione della patologia.

Sono esclusi i tempi di attesa in pre-sala (prima dell'intervento) e post-intervento (monitoraggio post-intervento), in generale questi prevedono 1-2 ore oltre il tempo chirurgico.

7. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Il paziente verrà monitorato per alcune ore in sala risveglio a cura dei medici rianimatori. Qualora le condizioni cliniche siano buone verrà riportato nel reparto degenze e sottoposto a monitoraggio.

Se per problematiche legate alle condizioni clinica anche preesistenti e non legate alla procedura eseguita, qualora il medico rianimatore lo ritenesse opportuno potrebbe essere trasferito in terapia intensiva postoperatoria.

8. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Si tratta di un intervento di chirurgia maggiore, con importante impatto clinico.

9. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

COMPLICANZE PRECOCI (INTRAOPERATORIE/POSTOPERATORIE IMMEDIATE)

Durante l'esecuzione di questa chirurgia e nei primi 10 giorni dopo l'intervento si possono verificare delle complicanze che vengono distinte in maggiori e minori. Le prime richiedono di solito un reintervento chirurgico in anestesia generale, mentre le complicanze minori si risolvono con un intervento chirurgico in anestesia locale o con la terapia medica.

Con il termine complicità maggiore si intende:

- Emorragia importante dalle fosse nasali e/o dai seni paranasali che può richiedere un tamponamento più compressivo; l'emorragia massiva con rischio per la vita è eccezionale e, di solito, si verifica nel corso dell'intervento;
- Fistola rinoliquorale (passaggio di liquido cefalorachidiano dall'interno del cranio nelle fosse nasali) per la presenza di una rottura in uno o più punti del tetto delle fosse nasali o del seno sfenoidale e, in genere, è dovuta a situazioni anatomiche particolari della parte alta delle cavità naso-sinusal;
- Ematoma (raccolta di sangue) intraorbitario compressivo che può richiedere un reintervento chirurgico urgente per evitare il rischio di cecità;
- Diminuzione o perdita della capacità visiva monolaterale o bilaterale come conseguenza di un sanguinamento all'interno della cavità orbitaria, di una lesione del nervo ottico o di lesioni gravi delle vie lacrimali;
- Diplopia ("visione sdoppiata") dovuta alla lesione di uno dei muscoli deputati alla motilità oculare (di solito il muscolo retto mediale) o a una emorragia da piccoli vasi ematici della parete della fossa nasale;
- Lesione del tessuto cerebrale secondario alla rottura del tetto della fossa nasale; • Meningite, per passaggio di batteri o virus dalle fosse nasali all'interno della cavità cranica (secondaria alla rottura del tetto della fossa nasale);
- Ascesso cerebrale, per passaggio di batteri o virus dalle fosse nasali all'interno della cavità cranica (secondaria alla rottura del tetto della fossa nasale);
- Fistola carotico-cavernosa (comunicazione tra la arteria carotide interna e il seno venoso cavernoso) secondaria a rottura della parete laterale del seno sfenoidale;
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci, ipotensione e, in casi eccezionali, arresto cardiaco);
- Sindrome da shock settico, eccezionale e dovuta in genere al mantenimento prolungato in situ dell'eventuale tamponamento;
- Complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico e decesso. Con il termine di complicità minore si intende:
- Emorragia di modesta entità, in genere facilmente controllabile con il tamponamento;
- Dolore transitorio della regione operata e/o cefalea gravativa, possono essere contrastati somministrando farmaci antinfiammatori-analgesici;
- Gonfiore transitorio dell'emifaccia del lato operato, utile, per ridurne l'entità, l'apposizione di una borsa di ghiaccio nell'immediato decorso postoperatorio e, nei casi più eclatanti, la somministrazione di corticosteroidi (cortisone);
- Infezione locale, che generalmente si risolve con una terapia medica antibiotica adeguata;
- Lesione del dotto naso-lacrimale (condotto che veicola le lacrime dall'occhio nel naso) con conseguente epifora (eccessiva formazione di lacrime) che può persistere da pochi giorni ad alcuni mesi o, addirittura, perdurare per sempre;
- Lesione della lamina papiracea (parete laterale della fossa nasale che divide la fossa nasale dalla cavità orbitaria) con formazione di un enfisema sottocutaneo periorbitario (raccolta di aria sotto la cute che circonda l'orbita) e/o palpebrale o di un' ecchimosi periorbitaria (raccolta di sangue sotto la cute che circonda l'orbita) e/o palpebrale o, più raramente, di un piccolo ematoma periorbitario (raccolta di sangue nei tessuti che circondano l'orbita o all'interno della cavità orbitaria stessa);

- Sanguinamento dalle fosse nasali di lieve o media entità di solito controllata con il tamponamento nasale;
- Alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: sinechie (cicatrici all'interno delle fosse nasali che a volte possono causare difficoltà respiratoria nasale), secchezza della mucosa nasale; per qualche mese, successivamente all'intervento, la formazione di croste nasali, con modesti e ripetuti sanguinamenti e sensazione di naso ostruito (complicanze peraltro più frequenti in caso di radioterapia pre- o post-operatoria), è inevitabile e per ridurla è sufficiente eseguire regolarmente dei lavaggi nasali con soluzione fisiologica;
- Iposmia o anosmia cioè riduzione o perdita dell'olfatto;
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento;
- Recidiva (ricomparsa della malattia): evento abbastanza frequente ancorché imprevedibile, indipendentemente dalla tecnica operatoria e dal buon esito dell'intervento, per cui necessitano controlli periodici.

Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili o di natura infettiva.

10. DOLORE POST-PROCEDURA

Non vi è un importante dolore postoperatorio. Durante l'intervento verrà praticata un tipo di anestesia anche locale per limitare il dolore post-operatorio e successivamente verrà impostata terapia antalgica ad orario da integrare eventualmente con terapia al bisogno. Inoltre, giornalmente, verrà valutato il dolore per adeguare la terapia alla risposta clinica.

Il paziente deve riferire esattamente, al personale sanitario, se riscontra beneficio alla terapia in corso, in caso contrario la terapia, verrà rivista.

11. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI

Una terapia alternativa al trattamento chirurgico consiste nella prosecuzione di terapia medica con possibili effetti collaterali legati alla terapia stessa utilizzata a lungo termine o complicanze legate a stati infettivi.

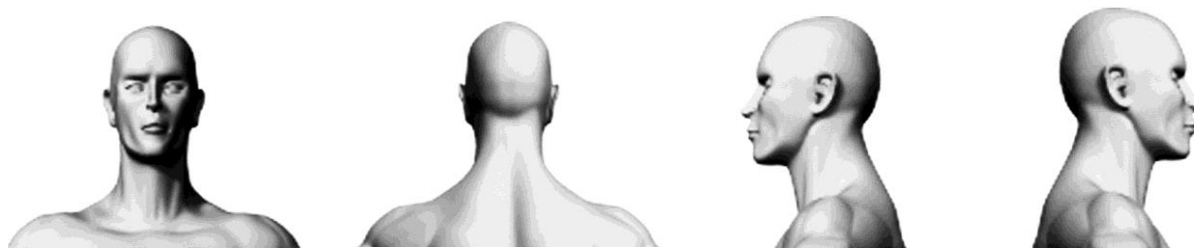
12. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

Alla dimissione verranno rilasciati tutti i recapiti del reparto e dei curanti cui fare riferimento in caso di problematiche cliniche. Verranno previsti i controlli postoperatori per valutazione della ferita e controllo clinico successivo. In caso di forte dolore o sanguinamento ricorrere in ogni caso al Pronto Soccorso più vicino.

13. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

L'evoluzione naturale della malattia non controllata può portare anche a gravissime conseguenze, fino al decesso del paziente.

14. INDICARE CON UNA X IL PUNTO DEL CORPO INTERESSATO DAL TRATTAMENTO PROPOSTO



15. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

Il trattamento proposto è quello che, a giudizio clinico e strumentale, ha la maggiore probabilità di successo, il risultato finale però è legato anche a molteplici cause: da fattori legati al paziente (patologie concomitanti, stile di vita, ad esempio) a fattori legati alle caratteristiche della patologia può avere un comportamento variabile.

16. GLOSSARIO

Fistola: qualsiasi tipo di comunicazione, di tipo patologico, fra due o più cavità dell'organismo o fra queste e l'esterno. Le fistole possono formarsi quasi in ogni organo del corpo attraverso meccanismi differenti in questo caso potrebbe avvenire una comunicazione tra protesi e strutture circostanti.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

1.) _____

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

RICEVUTA DI CONSEGNA DELL'INFORMATIVA

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Data __/__/____

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate².

Ora __: __

Data __/__/____

Firma del medico

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA
INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

OTO05 – rev.25.01.2023

² Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell'atto del consenso è necessario raccogliergli le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.