



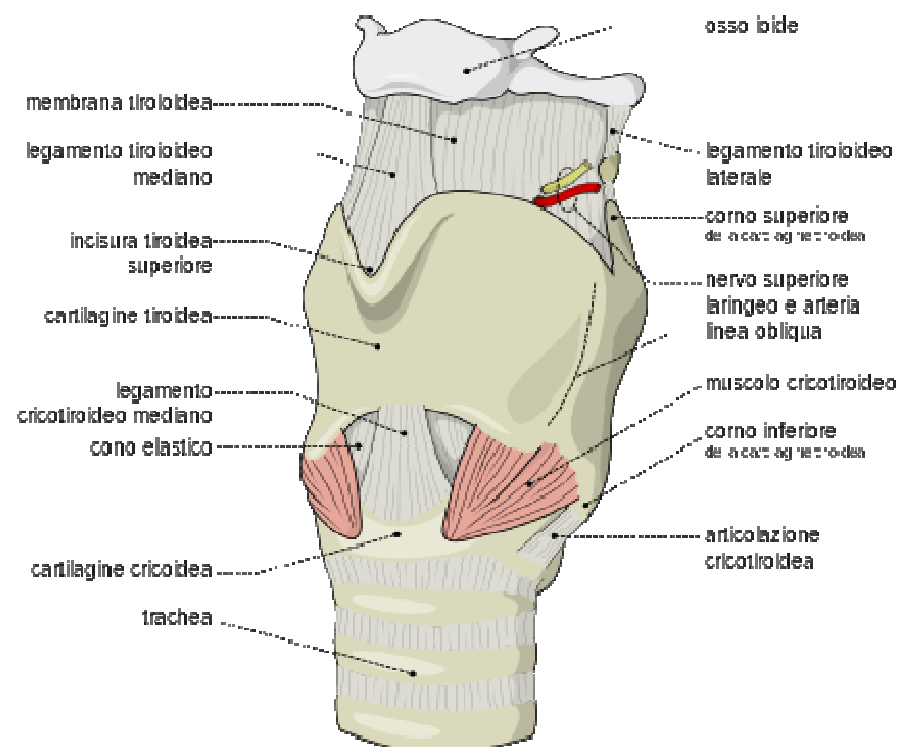
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
Scienze Infermieristiche Specialistiche in Chirurgia

Il tumore della laringe

Dr. Caldararo Cosimo

Anatomia e fisiologia della laringe

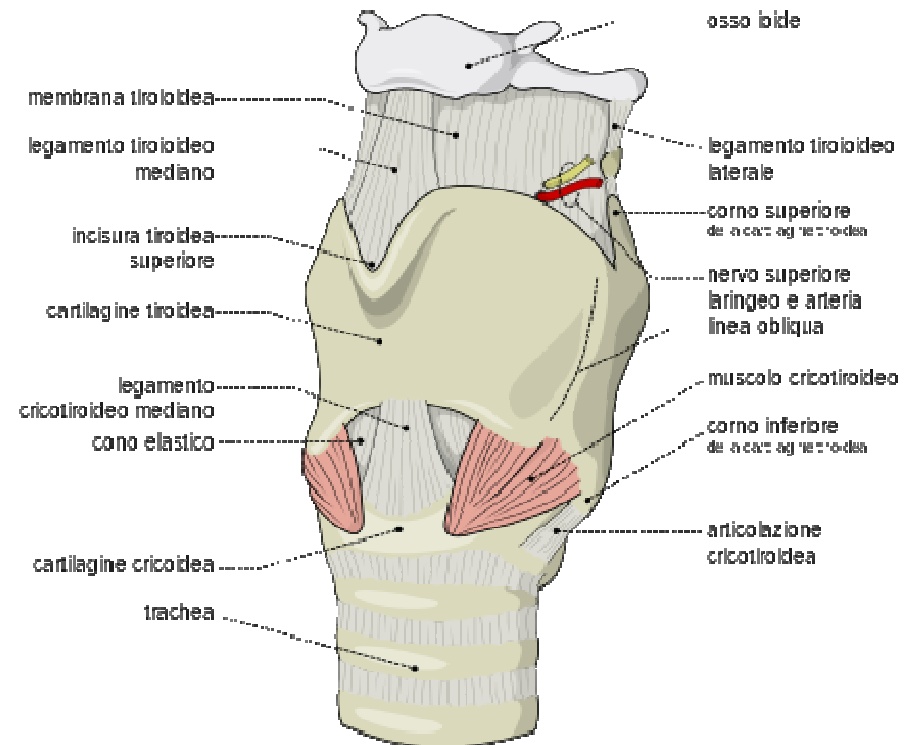
La laringe, organo della fonazione impari e mediano, è costituita da uno scheletro cartilagineo che con una serie di muscoli e con un rivestimento mucoso che tappezza le pareti interne va a costituire un organo cavo che continua con la trachea in basso e con la faringe in alto.



Lo scheletro cartilagineo è composto da sei cartilagini. Tre sono impari e tre sono pari e simmetriche. Le cartilagini impari sono la CRICOIDE, la TIROIDE e l'EPIGLOTTIDE. Quelle pari e simmetriche sono le ARITENOIDI, le CORNICULATE e le CUNEIFORMI.

Anatomia e fisiologia della laringe

La laringe permette la respirazione, la protezione delle vie aeree, la fonazione e la fissazione.



Tumori maligni della laringe:: epidemiologia

2-3% di tutti i tumori maligni

Nell'ambito della patologia neoplastica ORL sono le neoplasie a più alta incidenza: 28%

Più frequente nel sesso maschile (rapporto M/F a seconda delle casistiche varia da 3/1 a 10-15/1)

Età avanzata: V-VII decade

Istopatologia: CARCINOMI SPINOCELLULARI a vario grado di differenziazione nel 97% dei casi

Fattori di rischio

- Fumo di sigaretta
- Alcool
- Inquinamento atmosferico, inalazione di particolari sostanze (mostarde azotate, cromo, nichel, amianto...)
- Lesioni precancerose:
 - LARINGITE CRONICA IPERTROFICA
 - LEUCOPLASIA
 - IPERCHERATOSI LARINGEA

Presentazione clinica

SEDE SOVRAGLOTTICA

- **ODINOFAGIA, SENSO DI IRRITAZIONE O FASTIDIO ALLA DEGLUTIZIONE, TOSSE:** sintomi iniziali aspecifici
- **DISFAGIA, OTALGIA RIFLESSA, DOLORE, EMOFTOE:** in fase più avanzata
- **DISFONIA:** tardiva
- **METASTASI LINFONODALI:** frequenti al momento della diagnosi, dato il ricco drenaggio linfatico e il ritardo diagnostico

Presentazione clinica

SEDE GLOTTICA

- **DISFONIA:** precocissima nelle localizzazioni cordali, consente una diagnosi precoce. Inizialmente saltuaria, diventa poi persistente ed ingravescente
- **AFONIA:** per fissità della corda dovuta ad infiltrazione profonda da parte della neoplasia con interessamento del muscolo vocale
- **OTALGIA, DOLORE:** più rari e tardivi
- **METASTASI LINFONODALI:** eccezionali alla diagnosi

Presentazione clinica

SEDE SOTTOGLOTTICA

- **DISFONIA:** spesso presente anche nelle forme sottoglottiche; compare generalmente più tardivamente (diagnosi tardiva)
- **DISPNEA:** può costituire il primo sintomo; realizzandosi in modo lento e progressivo può essere a lungo abbastanza ben tollerata; non di rado però la situazione può scompensarsi improvvisamente e necessitare di una tracheostomia
- **TOSSE, EMOFTOE**

Tumore della laringe: iter diagnostico

- **ESAME OBIETTIVO**
importante è la **PALPAZIONE DEL COLLO**
- **LARINGOSCOPIA INDIRECTA** con specchietto tradizionale o con fibroscopia ad ottiche rigide o flessibili
- **LARINGOSCOPIA DIRETTA** in narcosi con **PRELIEVO BIOPTICO**
- **RX-TORACE**
- **TC/RMN-COLLO** con mdc per avere informazioni dettagliate circa l'infiltrazione profonda

Tumore della laringe: Terapia

- Chirurgia
- Radioterapia

Tumore della laringe: Terapia

La laringectomia consiste nella rimozione chirurgica di tutta o parte della laringe. E' un intervento che viene eseguito in pazienti con neoplasia della laringe per cui il trattamento medico e radioterapico non sono sufficienti. I recenti progressi nella tecnica chirurgica per il trattamento del cancro laringeo possono minimizzare i deficit estetici e funzionali che l'intervento comporta.

Tumore della laringe: Terapia

In base alla localizzazione ed alla stadiazione del tumore, sono considerati quattro tipi diversi di chirurgia:

1. **Laringectomia parziale:** stadi precoci del cancro in area glottica, solo quando è coinvolta solo una corda vocale. Viene rimossa una porzione della laringe, assieme ad una corda vocale e ad il tumore. Le vie aeree rimangono intatte ed il paziente non dovrebbe avere difficoltà nella deglutizione. La qualità della voce del paziente può cambiare oppure può presentare raucedine.

Tumore della laringe: Terapia

2. Laringectomia sopraglottica: è indicata nel trattamento di alcuni tumori sopraglottici ai primi stadi. Le corde vocali la cartilagine cricoidea e la trachea rimangono intatti. Durante la chirurgia nella trachea viene lasciata una cannula tracheostomica. Di solito viene rimossa dopo pochi giorni e viene permesso alla stomia di chiudersi. Può essere presente nelle prime 2 settimane dopo l'intervento di difficoltà nella deglutizione. Il principale vantaggio di questa operazione è la preservazione della voce, anche se la qualità può cambiare. Il maggiore problema invece è la possibilità di recidiva locale; perciò i pazienti da sottoporre a questo intervento devono essere accuratamente selezionati

Tumore della laringe: Terapia

3. Emilaringectomia: è eseguita quando il tumore si estende oltre la corda vocale, ma è di dimensioni inferiori a 1 cm ed è limitato all'area subglottica.

Viene rimosso il tumore ed una corda vocale. Il paziente dovrà portare una cannula tracheostomica e una sonda nasogastrica per 10-14 giorni dopo l'intervento. Dopo l'intervento il paziente è a rischio di aspirazione. Nella qualità della voce possono presentarsi alcuni cambiamenti.

La voce può essere ruvida, stridente e rauca. Le vie aeree e la capacità di deglutire rimangono intatte

Tumore della laringe: Terapia

4. Laringectomia totale: una laringectomia totale è eseguita per cancri che si estendono oltre le corde vocali o per cancri persistenti recidivi, dopo la radioterapia.

Viene asportata l'intera laringe, incluso l'osso ioide, l'epiglottide, la cartilagine tiroidea e due o tre anelli tracheali. La lingua, la parete faringea e la trachea sono preservate. Vi è perdita permanente della voce e cambiamento delle vie respiratorie. Con o senza svuotamento cervicale, una laringectomia totale richiede una stomia tracheale permanente, perché la laringe, che costituiva lo sfintere protettivo, non è più presente. La tracheostomia previene l'aspirazione di cibo e liquidi nelle basse vie respiratorie. Il paziente perderà completamente la voce, ma avrà una deglutizione normale. Una laringectomia cambia il modo in cui il flusso d'aria è usato per respirare e parlare.

Tumore della laringe: tipi di cannule

I tre principali tipi di cannule che vengono utilizzate sono:

A. Cannule da laringe in silicone:

Viene utilizzata solo nei **primi giorni nei pazienti operati di laringectomia totale e rimossa** quando le dimensioni della tracheostomia si sono stabilizzate, cioè quando il foro non si restringe dopo aver allontanato la cannula.

Tumore della laringe: tipi di cannule

B. Cannule cuffiate che sono composte di tre parti:

1. cannula esterna dotata nella parte inferiore di un manicotto che viene gonfiato attraverso un palloncino pilota, completo di connettore per gonfiamento e di valvola di Luer.
2. cannula interna o controcanula che permette una rapida e non traumatica pulizia della cannula dalle secrezioni. E' possibile ad essa connettere eventualmente set apposito per ossigeno terapia o Ambu in caso di urgenza respiratoria o respiratore automatico
3. mandrino che serve da guida per il corretto inserimento in sede tracheale della cannula.

Questo tipo di cannula viene usato in tutti quei casi in cui il paziente, per vari motivi, **non ha più il controllo della deglutizione.**

Tumore della laringe: tipi di cannule

C. Cannula da trachea (in nylon):

Strutturalmente è uguale alla cannula cuffiata, ma è **priva di manicotto**. Consente al paziente in via di guarigione di **ristabilire la corretta funzione di deglutizione, fonazione e successivamente (in base ai casi) di respirazione** Si giunge alla completa decannulizzazione del paziente mettendo dei tappi appositi per chiudere il lume della cannula e via via cambiandola con altre di diametro più piccolo fino ad arrivare alla **chiusura completa del tracheostoma**. In **patologie croniche** destinate a peggiorare o per esempio nei pazienti sottoposti a radioterapia, che hanno come complicanza frequente l'edema delle vie aeree superiori, questa cannula è utilizzata anche per lunghi periodi

Tumore della laringe: tipi di cannule



Tumore della laringe: gestione infermieristica

Valutazione

Dati soggettivi

- Periodo di insorgenza
- Durata della sintomatologia
- Severità dei sintomi
- Raucedine
- Usi di alcool e tabacco
- Presenza di dolore all'orecchio
- Dispnea
- Disfagia

Tumore della laringe: gestione infermieristica

Valutazione

Dati oggettivi

- Valutare la funzione respiratoria
- Valutazione dell'espettorato

Tumore laringe: diagnosi infermieristica

Diagnosi infermieristica	Pianificazione/ obiettivi	Interventi infermieristici
Scambio di aspirazione ridotto dovuto all'ostruzione delle vie aeree	La frequenza respiratoria del paziente, il colorito cutaneo e lo scambio di gas sarà entro i limiti della norma.	Porre il paziente in posizione eretta, con la testa leggermente inclinata in avanti. Indicare al paziente di respirare attraverso la bocca e permettere al sangue di fuoriuscire liberamente dal naso in un contenitore. Monitorare il paziente per la presenza di segni e sintomi di ostruzione delle vie aeree. Verificare: colorito, frequenza, sforzo e rumori respiratori. Controllare i valore di PO2 e somministrare ossigeno integrativo.

Tumore laringe: diagnosi infermieristica

Diagnosi infermieristica	Pianificazione/ obiettivi	Interventi infermieristici
Rischio di aspirazione correlato a epistassi.	Il paziente non presenterà complicazioni correlate all'aspirazione	Sistemare il paziente nella posizione sopra descritta per evitare l'aspirazione del sangue. Controllare il paziente per eventuali segni di aspirazione come soffocamento, crepitii medi all'auscultazione o una temperatura corporea elevata. Effettuare l'aspirazione del tratto respiratorio attraverso la bocca per rimuovere le secrezioni e il sangue.

Tumore laringe: diagnosi infermieristica

Diagnosi infermieristica	Pianificazione/ obiettivi	Interventi infermieristici
Alterazioni della comunicazione verbale correlate alla resezione della laringe e dall'edema	Promuovere metodi alternativi di comunicazione	<p>Utilizzare metodi alternativi di comunicazione quando si entra in contatto con il paziente: per esempio, un campanello azionato a mano viene posto in modo da essere facilmente raggiunto dal paziente.</p> <p>Nel preoperatorio, l'infermiere parlerà dei sistemi di comunicazione da usare nel postoperatorio con il paziente.</p> <p>L'infermiere lavora con il paziente, il terapeuta del linguaggio e la famiglia per incoraggiare l'uso di metodi alternativi di comunicazione.</p>

Tumore laringe: diagnosi infermieristica

Diagnosi infermieristica	Pianificazione/ obiettivi	Interventi infermieristici
Nutrizione alterata: inferiore al fabbisogno correlata a difficoltà nel deglutire	Promuovere una nutrizione adeguata	<p>Per 10-14 giorni dopo l'intervento, il paziente non può assumere cibo per bocca. Fonti alternative di nutrizione e idratazione comprendono la somministrazione di liquidi per via endovenosa, la nutrizione enterale per mezzo di un sondino nasogastrico o la nutrizione parenterale totale.</p> <p>L'infermiere istruisce il paziente ad evitare alimenti dolci, perché aumentano la salivazione e sopprimono l'appetito. I cibi solidi vengono somministrati quando tollerati.</p>

Tumore laringe: diagnosi infermieristica

Diagnosi infermieristica	Pianificazione/ obiettivi	Interventi infermieristici
		<p>Istruire il paziente a sciacquarsi la bocca con acqua tiepida o con colluttori e a lavarsi spesso i denti.</p> <p>Il paziente può avvertire una diminuzione dei sensi del gusto e dell'olfatto per un certo periodo dopo l'intervento.</p> <p>La ripresa dell'alimentazione è graduale. Si inizia con ghiaccio (in modo che il paziente si renda conto del percorso dell'acqua ghiacciata ed impari nuovamente a deglutire efficacemente) poi viene somministrato caffè (il caffè è colorato, se entra in trachea esce dalla stomia, ciò permette di verificare se la deglutizione è esatta) in seguito si somministra gelato (freddo e più piacevole)</p>

Tumore laringe: diagnosi infermieristica

Diagnosi infermieristica	Pianificazione/ obiettivi	Interventi infermieristici
Alterazioni dell'immagine corporea, del concetto di sé e dell'autostima correlate a chirurgia maggiore del collo	Promuovere l'autostima	<p>I pazienti tracheostomizzati si possono sentire imbarazzati o fuori luogo a causa della stomia.</p> <p>Il paziente può percepire lo stoma come brutto e deturpante e può sentirsi imbarazzato a causa delle sue secrezioni che sporcano e formano bollicine.</p> <p>L'infermiere incoraggia il paziente a partecipare alle attività di cura di sé appena possibile. L'infermiere deve essere un buon ascoltatore ed essere sostegno ai familiari, specialmente quando spiega le cannule e i drenaggi che vengono posti nel postoperatorio.</p>

Tumore laringe: terapia del linguaggio

La perdita della voce e la compromissione della comunicazione devono essere discusse preoperatoriamente con il paziente e i suoi familiari. Nel periodo preoperatorio l'infermiere deve informare il paziente e la famiglia sui metodi di comunicazione che saranno disponibili nell'immediato postoperatorio. Sono inclusi la scrittura, il parlare con le labbra e la comunicazione su lavagna. Dopo la chirurgia deve essere stabilito un sistema efficace di comunicazione fra il paziente, la famiglia, l'infermiere ed il medico.

Viene anche sviluppato un piano di riabilitazione postoperatoria. Le tre tecniche più comuni di comunicazione alaringea sono: la voce esofagea, la laringe artificiale, (elettrolaringe) e la puntura tracheo-esofagea. Tutte queste tecniche possono essere messe in atto dopo che si sia ottenuto il benessere da parte del medico.

Tumore laringe: terapia del linguaggio

Voce esofagea. Il paziente deve essere in grado di comprimere l'aria nell'esofago e poi espellerla, emettendo una vibrazione del segmento faringo-esofageo. La tecnica può essere insegnata non appena il paziente inizia a nutrirsi per bocca, oppure una settimana dopo l'intervento chirurgico. Come primo passo il paziente deve sviluppare la capacità di eruttare: un'ora dopo il pasto l'infermiere gli ricorda di eruttare. Questa tecnica viene ripetuta più volte. In seguito, questa azione cosciente si trasforma in semplici esplosioni di aria dall'esofago al fine di emettere suoni. A questo punto il logopedista lavora con il paziente, cercando di rendere tali suoni quanto più possibile intelligibili e normali. Poiché la tecnica richiede molto tempo per diventare efficace la percentuale di successi è bassa.

Tumore laringe: terapia del linguaggio

Laringe elettrica. Se la voce esofagea non ha successo, o nell'attesa che il paziente acquisisca la tecnica, è possibile usare per la comunicazione una laringe elettrica che proietta suoni nella cavità orale.

Quando la bocca articola le parole, il suono della laringe elettrica si trasforma in parole udibili. La voce prodotta è meccanica ed alcune parole possono essere difficili da distinguere. Il vantaggio per i pazienti è che sono in grado di comunicare con relativa facilità mentre si esercitano nell'apprendimento della voce esofagea o del linguaggio attraverso puntura tracheo-esofagea

Tumore laringe: terapia del linguaggio

Puntura tracheo-esofagea. Questa tecnica è la più ampiamente usata perché il linguaggio prodotto è più simile a quello normale e si apprende facilmente. Viene posta una valvola nella tracheostomia per deviare l'aria nell'esofago e fuori dalla bocca. I suoni prodotti sono una combinazione di voce esofagea e voce. Dopo la creazione chirurgica e la cicatrizzazione della fistola, sul suo sito viene fissata una protesi per la voce (Blom-Singer), fra le pareti anteriore e posteriore dell'esofago. La valvola a una via permette all'aria di passare nell'esofago, ma evita che i liquidi passino in trachea. Per prevenire l'ostruzione delle vie aeree, la protesi è rimossa e pulita quando si accumula muco.