

Monitoraggio e reinserimento del paziente laringectomizzato

V. Roger, D. De Raucourt, E. Babin

I sintomi e i trattamenti correlati ai carcinomi del faringolaringe intralciano le funzioni fisiologiche primordiali del paziente: la fonazione, la deglutizione e la respirazione. La faringolaringectomia o la laringectomia totale costituiscono la terapia ultima per i cancro avanzati faringolaringei. Questi interventi sono altamente mutilanti e fonti di ripercussioni fisiche, psichiche e sociali. Il monitoraggio dei pazienti nei postumi di una chirurgia radicale è indispensabile, a causa del rischio di recidiva o di seconda localizzazione. Le sue modalità sono state definite dalla Società francese di otorinolaringoiatria (SFORL). Dopo una laringectomia totale, il reinserimento dei pazienti è in funzione della loro qualità di vita e delle possibilità di riabilitazione fisica (voce, respirazione, alimentazione). La qualità di vita dei laringectomizzati è fortemente alterata. La presenza di un tracheostoma, le alterazioni nell'alimentazione e gli sforzi per ottenere una voce soddisfacente sono altrettante difficoltà incontrate dal paziente. Delle patologie psicologiche e psichiatriche (depressione) possono sopraggiungere nel tempo. La sociabilità degli individui è trasformata, con relazioni familiari frequentemente alterate e una riduzione della capacità di lavoro, collegata all'invalidità generata dalle menomazioni fisiche. La riabilitazione fisica del laringectomizzato richiede di riconquistare una voce. Le protezioni tracheali, i filtri o, ancora, gli scambiatori di calore e di umidità riducono i fastidi legati al tracheostoma. La riabilitazione digestiva si basa sulla ripresa progressiva di un'alimentazione normale e sullo screening di una stenosi faringea. Lo svezzamento alcoltabagico è obbligatorio. La faringolaringectomia e la laringectomia totale hanno trasformato la vita quotidiana delle persone. Oltre al monitoraggio attento per evidenziare la comparsa di un nuovo evento oncologico, l'obiettivo dei sanitari è di restituire queste persone alla società con delle funzioni ottimali, permettendo un migliore reinserimento sociale.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Cancro della laringe; Laringectomizzato; Laringectomia; Qualità di vita; Reinserimento; Riabilitazione

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Monitoraggio medico e approccio medicoeconomico	1
■ Reinserimento	2
Qualità di vita	3
Qualità di vita psichica del paziente laringectomizzato	4
Riabilitazioni	5
Svezzamento alcoltabagico	7
■ Conclusioni	7

■ Introduzione

La faringolaringectomia totale (FLT) o la laringectomia totale (LT) sono degli interventi indicati nel trattamento dei tumori avanzati della laringe. Questi gesti tecnici creano un'indipendenza tra le vie respiratorie e quelle digestive. Essi privano l'individuo della sua voce originale e lasciano una tracheostomia che gli permette di respirare.

Il paziente diviene un laringectomizzato totale. La mutilazione collegata alla chirurgia lo fa scivolare nel mondo dei disabili. Egli diviene un invalido che registra molteplici alterazioni individuali nella sua vita quotidiana.

Queste nozioni hanno condotto i medici a proporre vari strati nella gestione del paziente laringectomizzato.

La minaccia di una recidiva o la comparsa di una seconda localizzazione impongono un follow-up regolare del paziente.

Il reinserimento è dettato dal grado di alterazione della qualità di vita (QdV) dei pazienti. Sono proposti vari tipi di riabilitazione: vocale, polmonare e digestiva. Questa gestione si accompagna a un incitamento a rompere con le dipendenze.

■ Monitoraggio medico e approccio medicoeconomico

Il monitoraggio dei pazienti trattati per un cancro della laringe è un elemento essenziale del loro trattamento. Esso spetta a chirurghi, chemioterapisti e oncologi medici che hanno partecipato al bilancio e al trattamento della malattia [1].

Questo monitoraggio è giudicato necessario dalla stragrande maggioranza dei pazienti interrogati, che sono ben consapevoli dell'impatto infausto della recidiva tumorale sulla loro prognosi

vitale. Esso non si accontenta di ricercare una recidiva, ma valuta il controllo della malattia, le sequele dolorose e funzionali del trattamento e il loro trattamento, le conseguenze psicologiche e le loro ripercussioni sulla QdV e la comparsa di metastasi e di seconde localizzazioni. Le comorbidità, spesso associate in questi pazienti, e la frequente intossicazione alcoltabagica richiedono un monitoraggio specifico, coordinato al meglio dal medico curante^[1].

Le modalità di monitoraggio dei pazienti laringectomizzati sono sovrapponibili a quelle dei pazienti trattati per un cancro delle vie aerodigestive superiori (VADS).

Le raccomandazioni della Società francese di otorinolaringoiatria (SFORL)^[1], pubblicate nel 2006, precisano alcuni punti chiave.

La prima visita di valutazione post-trattamento deve essere realizzata entro un periodo di quattro-otto settimane dopo la fine del trattamento. Una valutazione troppo precoce rischia di essere difficile a causa dell'edema o infausta a causa della mancata cicatrizzazione. Una valutazione troppo tardiva rischia di ignorare un proseguimento dell'evoluzione. Essa ha come obiettivo quello di valutare la risposta al trattamento, di individuare una mancata sterilizzazione, di individuare le complicanze legate alle terapie, di valutare la ripercussione sul paziente e di prendere in carico le dipendenze. Comporta un esame clinico completo. La panendoscopia delle VADS è riservata ai pazienti sintomatici o con sospetto di recidiva. Il bilancio di diagnostica per immagini può essere realizzato dopo tre mesi, al fine di ottenere un esame di riferimento^[1].

Lo screening delle recidive locali e linfonodali, così come delle seconde localizzazioni ORL, nei carcinomi della laringe, è una sfida fondamentale del monitoraggio. Dal momento che il rischio è massimo per i primi tre anni, esso richiede un monitoraggio appropriato. Comporta delle visite sistematiche con educazione del paziente sui segni che devono provocare una visita anticipata^[1].

Parallelamente, è necessario valutare i dolori post-terapeutici e stabilirne il meccanismo per adattare il trattamento. L'analisi della funzione della spalla permette di proporre, se necessario, delle sedute di rieducazione ad ogni paziente operato di svuotamento linfonodale^[1].

La ricerca di complicanze legate alla radioterapia è fondamentale. Il periodo di comparsa di una stenosi carotidea è variabile, da qualche mese a più di 20 anni. L'ipotiroidismo compare soprattutto nei primi due anni. Non esiste alcun trattamento efficace dell'iposialia. Le estrazioni dentarie durante e dopo la radioterapia devono essere parsimoniose e incorniciate medicalmente. La limitazione di apertura orale si instaura da tre a sei mesi dopo il trattamento ed è irreversibile. Può essere proposta la meccanoterapia. Per l'edema sottocutaneo, può essere prescritta una fisioterapia di drenaggio linfatico cervicale. In tutti i casi, è indispensabile ricordare al paziente che non deve esporre al sole le aree che sono state sede di un'irradiazione. I pazienti irradiati devono essere sottoposti a un dosaggio annuale del *thyroid-stimulating hormone* (TSH), a un Doppler cervicale al minimo segno clinico che può far sospettare una stenosi carotidea, a un monitoraggio dentario da una a due volte per anno e a un'applicazione di fluoro a vita^[1].

Un'attenzione del tutto particolare dovrà essere prestata allo stato generale e, in particolare, al peso del paziente.

Basandosi sul calendario di monitoraggio stabilito dalla SFORL^[1], il costo del monitoraggio medico rigoroso (escluse le spese di trasporto) di un paziente laringectomizzato, nei primi due anni, varia da 450 a 600 euro, in assenza di un sospetto di recidiva o di metastasi (Tabella 1). A questa somma devono essere aggiunte le spese generate dai trasporti.

■ Reinserimento

Il reinserimento implica il reintegro sociale e professionale del laringectomizzato. Idealmente, esso deve permettergli di ritrovare un'autonomia e una fiducia in sé, in particolare per il recupero delle attività e la creazione di un legame sociale.

Tabella 1.
Costo del monitoraggio di un paziente laringectomizzato durante i primi due anni.

Visita + rinoscopia = 28,80 euro × 10 = 288 euro
TSH = 14,85 euro × 4 = 59,40 euro
± radiografia del torace = 21,28 euro × 4 = 85,12 euro
± TC = circa 150 euro
± RM = circa 300 euro
± PET-TC = circa 1 000 euro
Costo totale del monitoraggio su 2 anni: minimo 450 euro, in media 600 euro e fino a diverse migliaia di euro

RM: risonanza magnetica; TC: tomografia computerizzata; PET: tomografia per emissione di positroni; TSH: *thyroid-stimulating hormone*.

Il reinserimento del laringectomizzato totale inizia con il riconoscimento del suo status di invalido. È necessario stabilire un protocollo di assistenza da parte del medico curante, quando la sospensione del lavoro supera i sei mesi. Al di là di questa durata, la presa in carico di un paziente da parte dell'assicurazione malattia richiede l'accordo del medico consigliere.

Quando lo stato clinico del paziente laringectomizzato non evolve più, possono essere considerate varie possibilità:

- ripresa del suo lavoro a tempo pieno (o, eventualmente, in un posto adeguato secondo il parere del medico del lavoro) o di un altro lavoro dopo una riqualificazione professionale;
- ripresa temporanea del suo lavoro a tempo parziale, per favorire a breve termine la ripresa a tempo pieno;
- dichiarazione di invalidità.

Quando la ripresa del lavoro del paziente si rivela difficile, possono essere attribuiti degli ausili dalla casa dipartimentale delle persone disabili (*maison départementale des personnes handicapées*, MDPH) e può essere richiesta alla Sicurezza sociale la dichiarazione di invalidità. La richiesta è realizzata dal paziente, che deve fornire i seguenti elementi: certificato medico del curante o dello specialista, che riporti la menzione «domanda di pensione di invalidità» e le sue coordinate, ultimo avviso di imposta, le ultime 13 buste paga e lo stampato di «domanda di pensione di invalidità».

Valutato dal medico consulente della Cassa primaria di assicurazione malattia (CPAM), lo stato di invalidità è constatato quando riduce almeno di due terzi la capacità di lavoro o di guadagno.

Il più delle volte, l'invalidità è dichiarata dopo un arresto del lavoro di lunga durata. Quando il salariato è in congedo per una malattia di lunga durata, percepisce delle indennità giornaliere fino a quando il suo stato non sia stabilizzato oppure fino all'espiazione della durata massima di versamento delle indennità giornaliere (ossia, in genere, tre anni): in questo secondo caso, se il salariato ha perso una parte della sua capacità di lavoro, può essere riconosciuto invalido e percepire una pensione di invalidità, il cui importo dipenderà dal suo tasso di invalidità.

Dopo il parere del controllo medico, la CPAM decreta sul diritto alla pensione dell'assicurato, in un periodo di due mesi dalla data di ricezione della domanda di pensione di invalidità inviata dall'assicurato. La mancanza di risposta della CPAM entro due mesi equivale a un rigetto e permette all'assicurato di intentare un ricorso. Se, in occasione dei controlli medici, il medico della CPAM constata un'evoluzione dello stato di salute del salariato invalido (miglioramento o aggravamento), l'importo della pensione può essere rivisto.

La LT entra nel quadro delle ALD. Secondo la definizione in vigore, le ALD sono delle malattie che richiedono delle cure prolungate (più di sei mesi) e dei trattamenti costosi. Attualmente, i pazienti che possiedono un'ALD possono beneficiare di una presa in carico al 100% delle spese sanitarie legate alla loro malattia da parte della Sicurezza sociale.

La richiesta di ALD è realizzata su un formulario detto di «protocollo di cure», che deve essere firmato dal medico curante.

La richiesta di ALD deve essere indirizzata alla CPAM dal medico curante. Essa deve essere redatta sul formulario Cerfa detto di «protocollo di cure», che comporta quattro fogli: il primo destinato al medico consulente dell'assicurazione malattia, il secondo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109358>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109358>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)