



in collaborazione con
Servizio Interaziendale
Formazione e Aggiornamento



IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL CARCINOMA DEL DISTRETTO TESTA-COLLO

Incontro con il Team Multidisciplinare

Sabato 13 maggio 2023

**Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna
Cona, Ferrara**

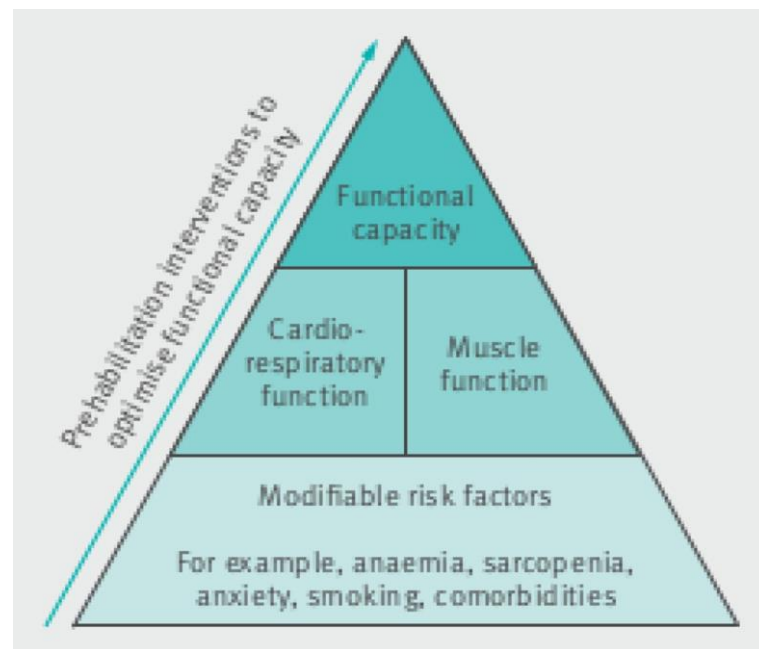
**LA GESTIONE PERI-OPERATORIA:
dalla valutazione dello stato nutrizionale
alla presa in carico logopedica
C.Bianchini, N.De Luca**

PRE-HABILITATION

begin the rehabilitation process before surgery

- Definire il livello funzionale di base
- Affrontare i fattori di rischio modificabili che influiscono negativamente sugli outcomes
- Continuum di cura
- Counselling multidisciplinare

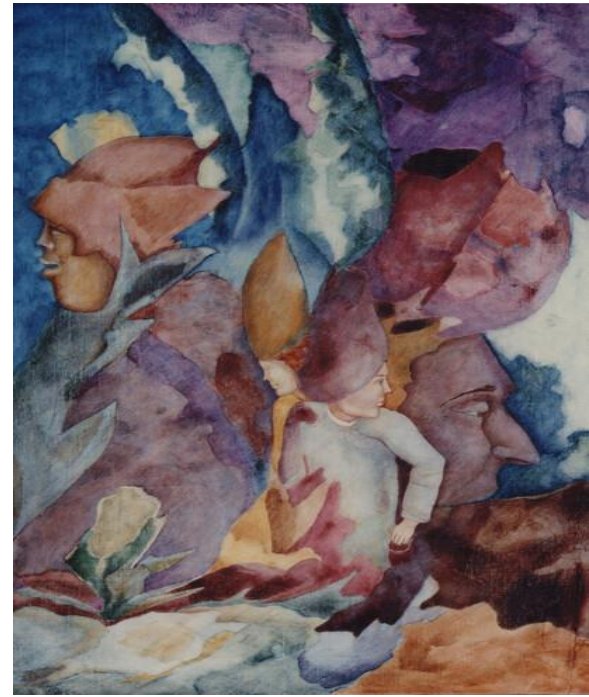
Comorbidità
Terapie farmacologiche
Fumo, Alcool
Deficit nutrizionale/
alimentare
Alterate funzioni
Disturbi psico-sociali



La patologia oncologica testa-collo

Impatto su molte funzioni della vita di tutti i giorni (sede, estensione neoplasia):

- Masticatorio
- Deglutologico
- Fonatorio
- Respiratorio
- Funzioni sensoriali: propriocezione, dolore, gusto, olfatto



Golden Tears by Gustav Klimt

Disturbi della sfera psico-sociale pre-esistenti (alcolismo - tabagismo)
Impatto psicologico (es. stress, preoccupazione)

Immagine corporea

Rapporti sociali, attività lavorativa

Effetti collaterali dei trattamenti

Dolore

Concetto di QoL

Negli anni si è passati **dal concetto OGGETTIVO** di

- **Durata della SOPRAVVIVENZA**
- **Insieme di LIMITAZIONI FISICHE che compromettono la quotidianità a:**

**Concetto
multidimensionale**

**Centralità di
valutazione**

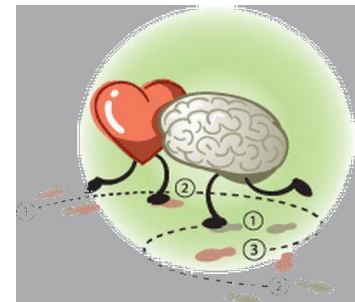
Obiettivi, aspettative,
paure

Relazioni
sociali, valori

**Benessere fisico,
Psicologico e
Sociale**

Contesto
ambientale,
culturale

Percezione che il soggetto ha della propria
situazione



PERFECT MEDICAL TEAM



PROTOCOLLO ERAS

Enhanced Recovery After Surgery
Miglior recupero dopo chirurgia

Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) è un percorso multimodale volto ad attenuare lo stress chirurgico, cercando di mantenere l'omeostasi corporea al fine di consentire una rapida ripresa post operatoria del paziente sottoposto a chirurgia maggiore. Si basa su alcuni accorgimenti che devono essere presi nella fase precedente ed in quella successiva all'intervento.

I principi fondamentali del protocollo ERAS sono:

- *controllo ottimale del dolore con un approccio multimodale*
- *tecniche chirurgiche mininvasive*
- *prehabilitation, counselling preoperatorio e riabilitazione post operatoria precoce*

I principali obiettivi del protocollo ERAS sono:

- *ottimizzare la gestione perioperatoria utilizzando procedure basate sull'evidenza scientifica*
- *favorire un migliore recupero dell'autonomia del paziente nel post operatorio*
- *favorire una diminuzione dei tempi di ricovero*
- *aumentare il livello di soddisfazione dei pazienti in merito alle cure ricevute*
- *ridurre l'incidenza di complicanze, riammissioni ospedaliere e costi.*

ERAS - ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY

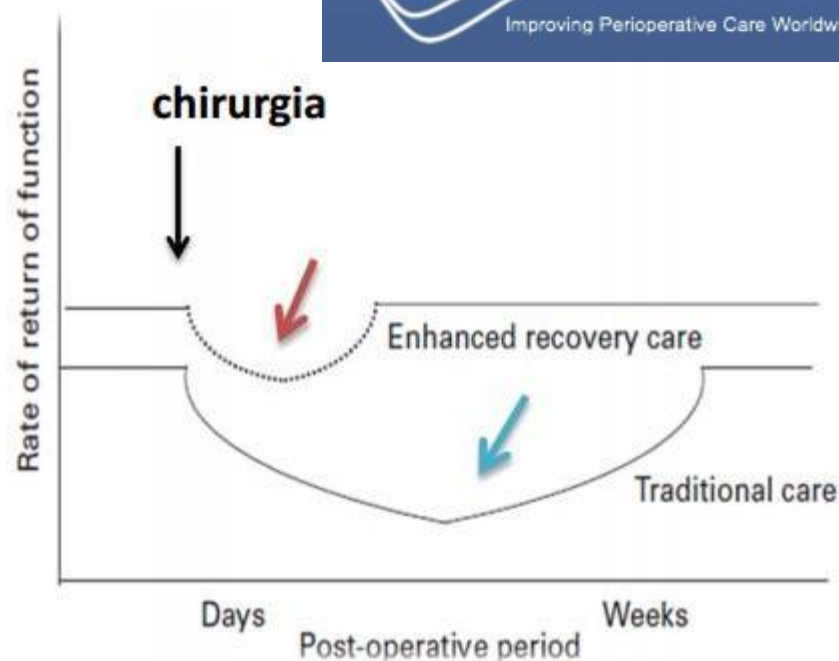
- ✓ Percorso di cura peri-operatoria **standardizzato**
- ✓ **multimodale** e **multidisciplinare**
- ✓ Valido per la **chirurgia elettiva**
- ✓ Basato sulle **migliori evidenze scientifiche**



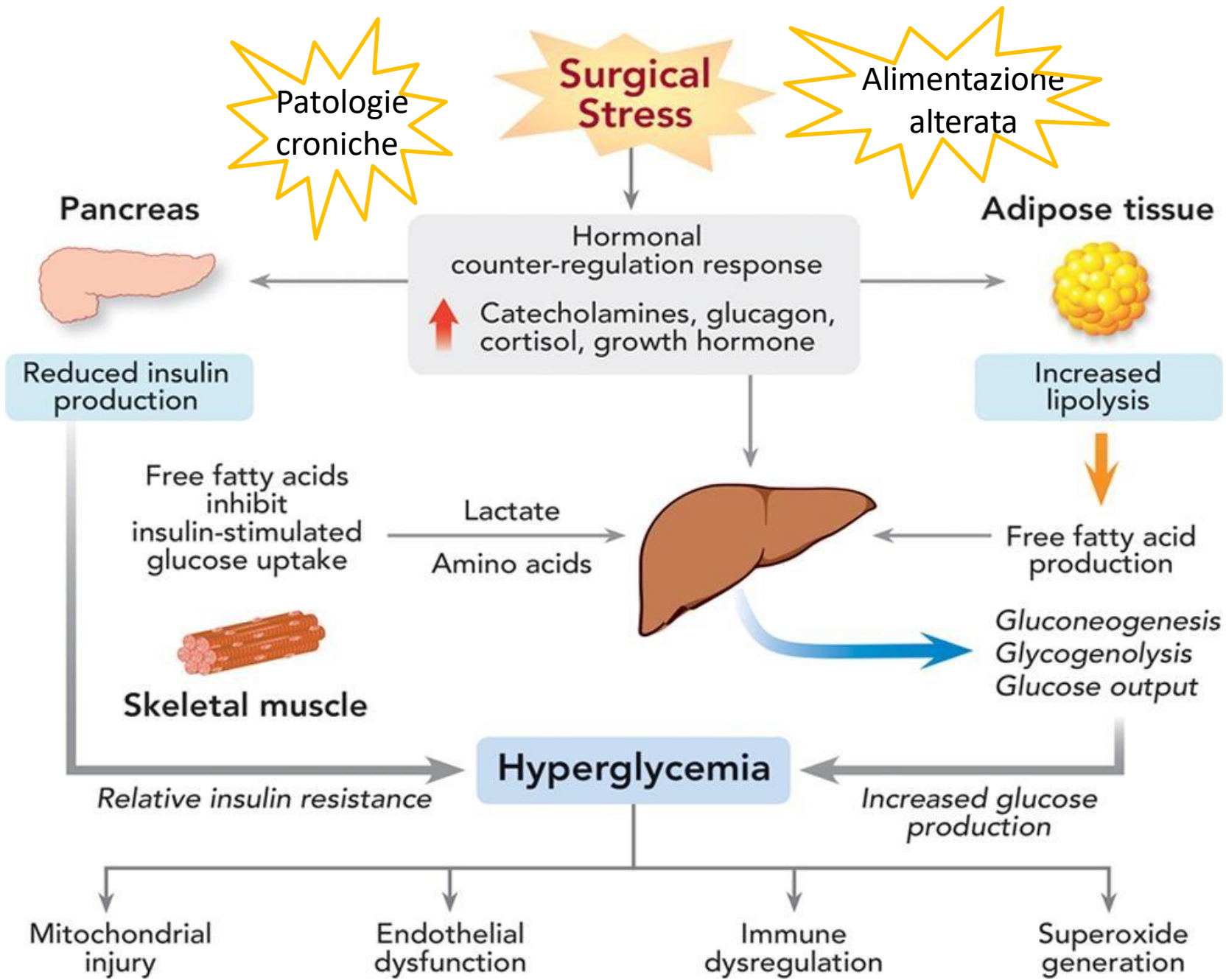
STRATEGIA MIRATA A:

↓ **STRESS CHIRURGICO**

SUPPORTARE LE FUNZIONI



Grover M. **Enhanced recovery after colorectal surgery.** *Current Anaesthesia & Critical Care* 2010;



LINEE GUIDA ERAS

- COLON 2010
- RETTO 2010
- PANCREAS 2012
- VESCICA 2013
- STOMACO 2014
- BARIATRICA 2016
- FEGATO 2016
- GINECOLOGIA 2016
- TESTA E COLLO 2017
- RICOSTRUZIONE MAMMARIA 2017



Eur Arch Otorhinolaryngol (2014) 271:439–443
DOI 10.1007/s00405-013-2502-4

REVIEW ARTICLE

Enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies: possible advantages also for head and neck surgery patients?

Chiara Bianchini · Stefano Pelucchi ·
Antonio Pastore · Carlo V. Feo · Andrea Ciorba

Optimal Perioperative Care in Major Head and Neck Cancer Surgery With Free Flap Reconstruction A Consensus Review and Recommendations From the Enhanced Recovery After Surgery Society

Joseph C. Dort, MD, MSc; D. Gregory Farwell, MD; Merran Findlay, AdvAPD, MS; Gerhard F. Huber, MD;
Paul Kerr, MD; Melissa A. Shea-Budgell, MSc; Christian Simon, MD; Jeffrey Uppington, MD;
David Zygun, MD, MSc; Olle Ljungqvist, MD, PhD; Jeffrey Harris, MD, MHA

ACTA OTORHINOLARYNGOLOGICA ITALICA 2022;42:325-333; doi: 10.14639/0392-100X-N2072

HEAD AND NECK

The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol in head and neck cancer: a matched-pair analysis

Protocollo di recupero ottimizzato (ERAS) in oncologia testa-collo: un'analisi a coppie appaiate

Giacomo Bertazzoni¹, Gabriele Testa², Michele Tomasoni², Davide Mattavelli^{2,3}, Francesca Del Bon³, Nausica Montalto⁴, Marco Ferrari⁴, Marco Andreoli⁵, Riccardo Morello¹, Nicola Sbalzer⁶, Daniela Vecchiati⁶, Cesare Piazza^{2,3*}, Piero Nicolai^{4*}, Alberto Deganello^{2,3*}

Table IV. Incidence and type of complications.

Incidence of complications	Number of patients		Percentage of patients	
	ERAS	NON-ERAS	ERAS	NON-ERAS
Total complications	16	20	40	50
Medical complications only	8	11	20	27.5
Surgical complications only	6	6	15	15
Medical and surgical complications	2	3	5	7.5
More than 24 hours after surgery	12	14	30	35
Within 24 hours after surgery	3	3	7.5	7.5
Both within and after 24 hours of surgery	1	3	2.5	7.5
Patients who had no complications	24	20	60	50
Type of complication and its incidence				
Bleeding	2	3	5	7.5
Surgical site infection	2	2	5	5
Wound dehiscence	0	3	0	7.5
Salivary fistula	4	1	10	2.5
Flap failure	1	2	2.5	5
Deep vein thrombosis	1	0	2.5	0
Pneumonia	2	3	5	7.5
Other	8	13	20	37.5

Table V. Impact of ERAS protocols for oncological surgery of the head and neck on length of stay.

Study	Study type	Number of patients		Length of stay (days)		P-value
		ERAS	Control group	ERAS	Control group	
Current study	Prospective	40	40 (matched)	14 (10-19.5) [†]	17.50 (13-21) [†]	0.013
Bater 2017 ²	Prospective	100	40	10 (8-14) [†]	14.00 (11-21) [†]	0.003
Jandali 2019 ⁴	Retrospective	92	93	7.8 ± 4.8 [‡]	9.7 ± 4.7 [‡]	0.008
Coyle 2016 ⁵	Prospective	31	-	14.55 ± 7.48 [‡]	18 [‡]	-
Bertelsen 2020 ²²	Prospective	61	61	10	8.5	0.346
Kiong 2021 ¹	Retrospective	200	200 (matched)	7.2 ± 2.3 [‡]	8.7 ± 4.2 [‡]	<0.001

[†] median (first quartile-third quartile); [‡] mean ± standard deviation.

Summary of Items in Head and Neck Cancer ERAS[®] Pathway

Preadmission

1. Education
 - a. Extent of surgery
 - b. Tracheostomy
 - c. Gastrostomy
2. Nutrition
 - a. Weight loss
 - b. Albumin
3. Speech and language therapy consult
4. Social work and case management consult
5. Medical evaluation and clearance
 - a. ICU need

Preoperative

1. Oral hygiene
2. Nausea prophylaxis
3. Multimodal analgesia
4. Antibiotics
5. VTE prophylaxis
6. Short-acting anxiolytics

Intraoperative

1. Tracheostomy
2. Fluid balance
3. Vasopressors
4. Blood transfusion
5. Normothermia

Postoperative

1. Nursing
 - a. ICU care
 - b. Flap monitoring
2. Enteral feeding
 - a. Speech and nutrition consults
 - b. Nasogastric tube feeds POD1-2; advance to goal
 - c. Oral diet timing based on ablative procedure
3. Multimodal analgesia
4. Early mobilization
5. Blood Transfusion
 - a. < 7 mg/dl or < 8 g/dl for cardiac history
6. Tracheostomy decannulation

STATO NUTRIZIONALE nei tumori TESTA-COLLO

- 40-57% dei pazienti affetti da tumore testa-collo al momento della diagnosi presenta problematiche relative a deficit nutrizionali/capacità di alimentarsi
- 30% disfagia al momento della diagnosi
- La prevalenza di un calo ponderale “critico”, quale indicatore di malnutrizione, ossia di una perdita di peso involontaria $\geq 5\%$ nell'ultimo mese o $\geq 10\%$ negli ultimi 6 mesi, varia al momento della diagnosi dal 30 al 55%
- Anoressia e Cachessia associate a riduzione della massa muscolare e del tessuto adiposo -“sindrome da cachessia neoplastica” (con sintomi tipo anoressia, avversione per il cibo, disgeusia, oltre ad un incremento del metabolismo basale)-
- Ripercussioni sulla quantità, qualità dell'alimentazione e variabilità della dieta
- Peggioramento della qualità di vita
- Causa di morte



Eziologia della malnutrizione

- **Caratteristiche legate al paziente**

- basso livello socio-economico
- sesso maschile
- età avanzata
- dentizione scadente
- vita sola
- abuso di alcol e fumo



- **Caratteristiche legate alla malattia**

- localizzazione del tumore
- stadio della malattia

- **Caratteristiche dei trattamenti**

- trattamento radiante (tossicità acuta e tardiva: mucositi, infezioni alterazioni del gusto e ridotta salivazione, dolore, problematiche dentali, osteonecrosi)
- trattamento chemioterapico (nausea, vomito)
- trattamento chirurgico (alterazioni anatomiche e funzionali, tracheotomia)

Corretto “intervento” nutrizionale

Inizia prima dei trattamenti e continua durante e dopo

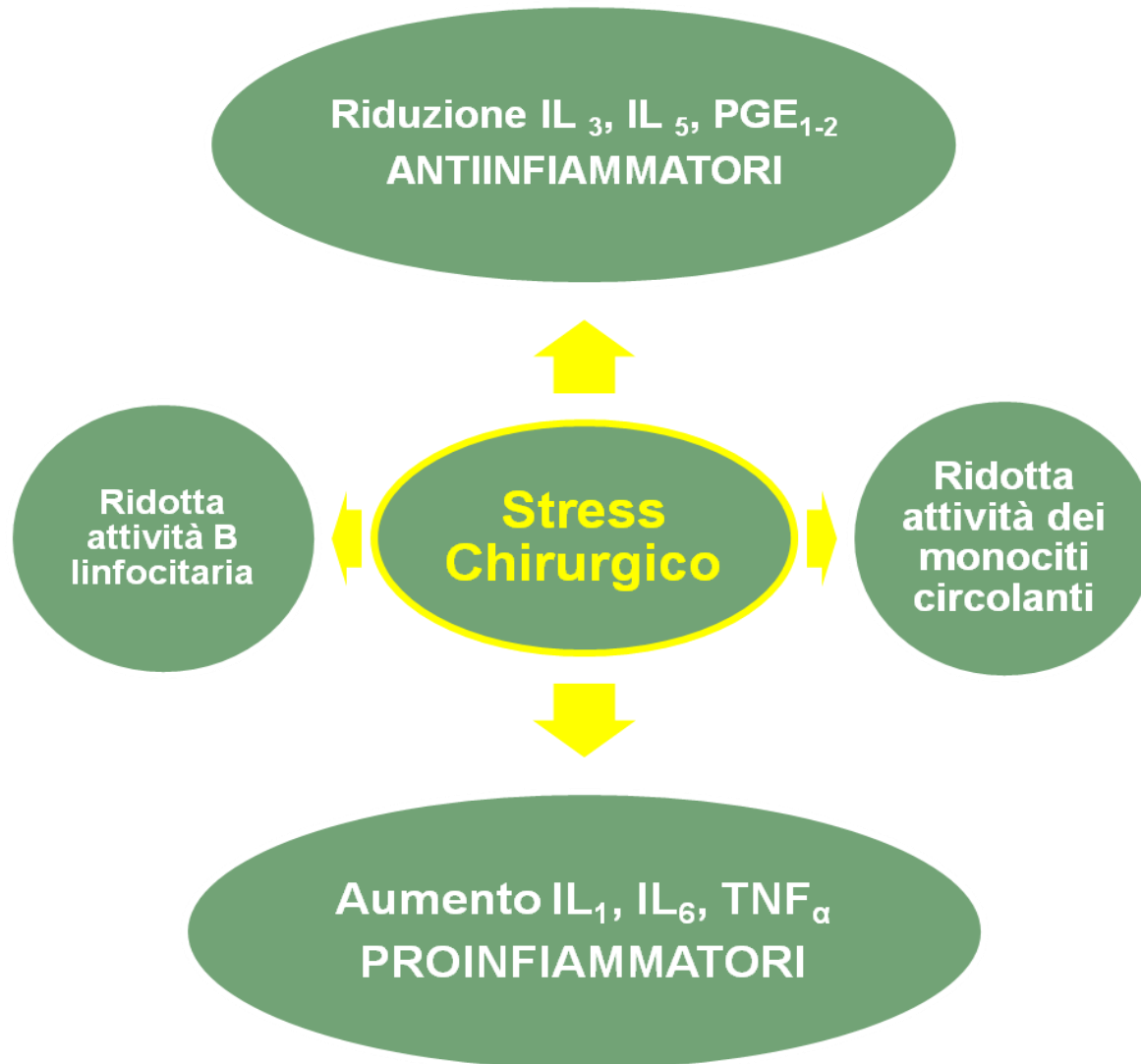


Valutazione della necessità di apporto calorico e composizione dei nutrienti

I PAZIENTI CHE SONO SOTTOPOSTI A CHIRURGIA E PRESENTANO UN DEFICIT NUTRIZIONALE VANNO PIU' FACILMENTE INCONTRO A COMPLICANZE (fistole, infezione della ferita chirurgica, sepsi, infezioni polmonari con aumento dei tempi di ospedalizzazione)



La risposta allo stress



ERAS - ASPETTI NUTRIZIONALI



Corretto “intervento” nutrizionale

E' STATA IPOTIZZATA UN'INTEGRAZIONE NUTRIZIONALE CHE INCLUDA AMMINOACIDI-ARGININA- E AGENTI ANTI-INFIAMMATORI COME GLI ACIDI GRASSI OMEGA 3

Eur Arch Otorhinolaryngol (2012) 269:5–8
DOI 10.1007/s00405-011-1725-5

REVIEW ARTICLE

Immunonutrition in head and neck cancer: have a look before surgery!

Chiara Bianchini · Andrea Ciorba ·
Francesco Stomeo · Stefano Pelucchi ·
Antonio Pastore

65 pazienti, sottoposti a chirurgia maggiore testa-collo randomizzati in 2 gruppi T (35) NT (30) omogenei per età, tipo di intervento, stato nutrizionale

Gruppo T: 7 giorni antecedenti l'intervento trattamento immunomodulatore per os (Impact® oral 3 brick/die);
Gruppo NT nessun trattamento preoperatorio.

Sono state valutate le complicanze infettive (sistemiche e locali); le prestazioni strumentali, radiologiche, trasfusionali, di laboratorio, e quantificati i loro costi; i giorni medi di degenza.

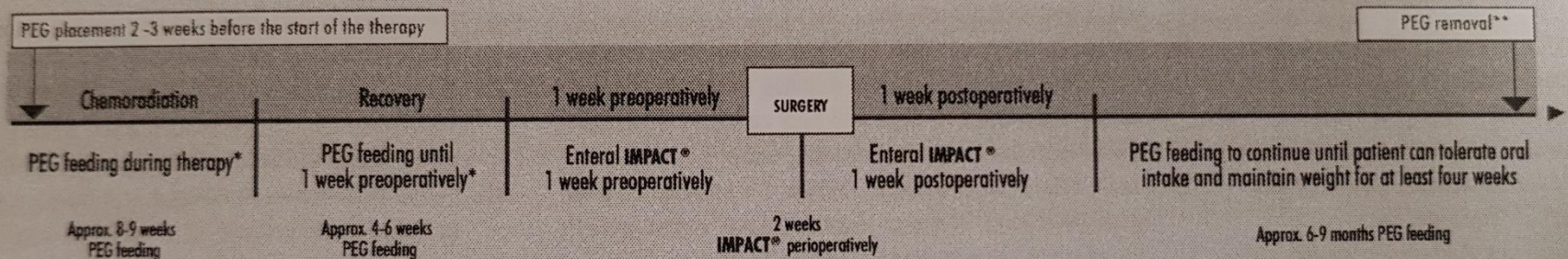
Risultati: Le complicanze infettive risultano inferiori nel gruppo T (31.4% vs 56.6% p=0.001), mentre sono sovrapponibili le complicanze chirurgiche (17.4%T vs 20% NT); il numero medio di prestazioni effettuate e il corrispondente importo è stato inferiore nel gruppo T. La degenza media è stata di 20.8+11.8 gg per il gruppo T e 32.5+15.5 per NT (p=0.001).

Prodotti con IMN per os

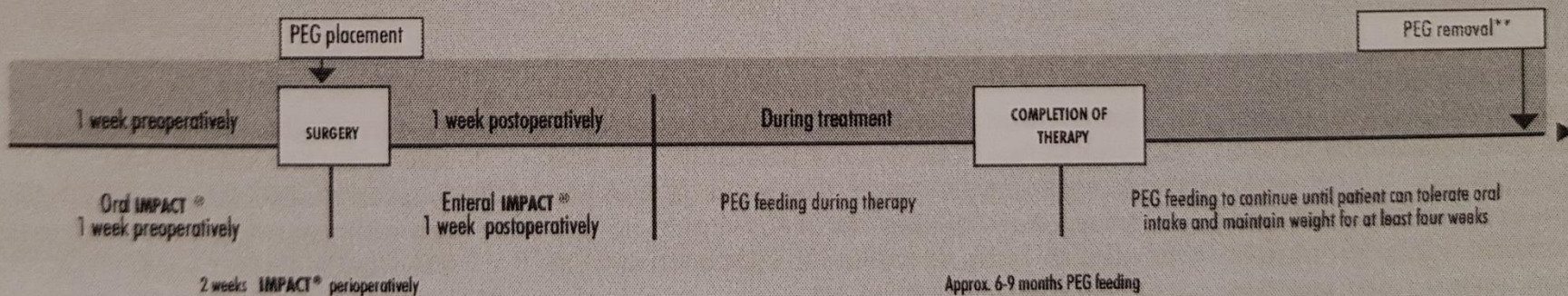
- IMPACT (Novartis): iperproteico (L-Arg, Omega₃, RNA)
- PERATIVE (Abbott): > % L-Arg, Vit A, C, Zn. Stesse indicazioni dell'Impact
- OXEPA (Abbott): ipercalorico, normoproteico, a basso tenore glucidico, > tenore lipidico (insuff respiratoria)
- CUBISON (Nutricia): arricchito in L-Arg (lesioni decubito)
- SUPPORTAN (F.Kabi): stesse indicazioni dell'Oxepa, arricchito in omega₃

Supporto nutrizionale

WELL NOURISHED PATIENTS (WEIGHT LOSS < 10%)



MALNOURISHED PATIENTS (WEIGHT LOSS > 10%)



* begin PEG feeding when oral feeding becomes inadequate

** 14 - 22%: two year rate of PEG dependence

La chirurgia rappresenta ancora una precisa opzione terapeutica

**La qualità di vita residua è elemento discriminante nella scelta della
terapia**

L'opzione chirurgica deve prevedere il recupero funzionale

A. Pastore

.....l'opzione chirurgica deve prevedere il recupero funzionale

**La scuola ORL ferrarese ha da sempre perseguito questo fine pur
“nel rigoroso rispetto dei criteri oncologici
che devono sempre guidare ogni nostra scelta terapeutica”**

C. Calero: lezioni di ORL

La Valutazione foniatrico-logopedica pre-intervento prevede:

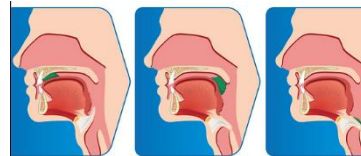
- Valutazione foniatrica/ORL di tipo strumentale (FEES)
- Valutazione logopedica clinica (propedeutica al trattamento)

Tutti gli interventi di oncologia cervico-facciale possono provocare

alterazioni della **voce**,

dell'**articolazione** della parola e

della **deglutizione**



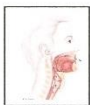
A parità di tipologia di intervento ogni paziente avrà

- Esiti chirurgici differenti
- Sequele pre-intra-post operatorie differenti
- Approccio logopedico riabilitativo **PERSONALIZZATO**

Chirurgia ORL che necessita di riabilitazione funzionale

- **Chirurgia del cavo orale** (tumori delle labbra, lingua, faccia interna della guancia e regione retrromolare, pavimento della bocca) riabilitazione di deglutizione e articolazione
- **Chirurgia orofaringea** (tumori tonsillari, parete faringea, ugola e velo) riabilitazione di deglutizione e articolazione
- **Chirurgia laringea funzionale** (sovraglottica, glottica sub-totale ricostruttiva) riabilitazione di deglutizione e voce
- **Chirurgia laringea totale** abilitazione all'utilizzo della protesi fonatoria

Valutazione foniatrico-logopedica pre-intervento



VALUTAZIONE FONIATRICO-LOGOPEDICA PRE-OPERATORIA

per pazienti candidati a chirurgia oncologica cervico-facciale

(G. Chiarello – N. De Luca)

Data _____

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ professione _____ scolarità _____

residenza _____ situazione familiare _____

Patologie digestive _____

Turbe del comportamento alimentare _____

Condizioni dell'apparato respiratorio _____

Patologie degli organi fonoarticolatori _____

Turbe neurologiche _____

Turbe psichiatriche _____

Pregressi trattamenti radio/chemioterapici _____

Presenza di importanti squilibri emotivo-relazionali o di decadimento dell'aspetto cognitivo _____

Uso di sostanze farmacologiche _____

Eventuali pregressi interventi chirurgici distretto testa collo _____

Esame obiettivo clinico (logopedico)

Capacità attentiva buono scarso assente

Livello comunicativo buono scarso assente

Riflesso della tosse buono scarso assente

Controllo della respirazione buono scarso assente

Esame obiettivo clinico-strumentale (foniatrico)

Orofaringoscopia _____

Valutazione fibrorinolaringoscopica _____

Dati anagrafici e anamnesi fisiologica mirata (età, professione e grado di istruzione)

Presenza di *patologie concomitanti, squilibri emotivo-relazionali* o *decadimento cognitivo*, utilizzo di *sostanze farmacologiche*

Valutazione clinico-logopedica capacità attentiva, livello comunicativo, riflesso della tosse, il controllo della respirazione

Valutazione foniatrica clinico-strumentale degli eventuali esiti di patologie pregresse del distretto cervico-facciale

Anamnesi relativa alle capacità alimentari

- ◆ Ha perso recentemente peso senza volerlo? Sì No Non so
- ◆ Se sì, quanti chili ha perso? _____
- ◆ In quanto tempo? _____
- ◆ Mangia di meno? No Sì
- ◆ Se sì, per quale motivo (dolore, inappetenza, insoddisfazione degli alimenti assunti, ecc.)?

Modalità di alimentazione

- ◆ Che tipo di alimenti predilige (es. primi, secondi, contorni, ecc., piccanti, saporiti, ecc.)? _____

- ◆ Abitualmente quanti liquidi assume durante la giornata (in l. e in tazze/bicc)?
Acqua _____ birra _____ vino _____ alcolici _____ caffè _____
- ◆ Abitualmente a pranzo mangia:
primo secondo verdura frutta dolce
altro (specificare): _____

- ◆ Abitualmente a cena mangia:
primo secondo verdura frutta dolce
altro (specificare): _____

Come definirebbe i suoi pasti? Scarsi Normali Abbondanti

Anamnesi relativa alle capacità alimentari

Anamnesi relativa alle modalità di alimentazione

Questa intervista è molto importante ai fini della riabilitazione post operatoria. Conoscere le abitudini alimentari pre-morbose ci aiuterà a intraprendere una riabilitazione efficace e a rinforzare il rapporto logopedista-paziente.

Valutazione foniatrico-logopedica post-intervento

The image shows the cover of a clinical guideline. At the top left is the SIGN logo (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) and at the top right is the NHS logo (Quality Improvement Scotland). The title '90 Diagnosis and management of head and neck cancer' is prominently displayed, with '90' in a black circle. Below the title, it says 'A national clinical guideline'. A large, stylized graphic of a human head in profile, showing the mouth and throat area, is on the left side. A table of contents is listed on the right side of the cover, and the date 'October 2006' is at the bottom right. A footer at the very bottom states 'COPIES OF ALL SIGN GUIDELINES ARE AVAILABLE ONLINE AT WWW.SIGN.AC.UK'.

90 Diagnosis and management of head and neck cancer
A national clinical guideline

1	Introduction	1
2	Presentation, screening and risk factors	3
3	Referral and diagnosis	6
4	Histopathology reporting	10
5	Overview of treatment of the primary tumour and neck	12
6	Treatment: radiotherapy as the major treatment modality	17
7	Treatment: surgery as the major treatment modality	22
8	Treatment: chemotherapy in combination with surgery or radiotherapy	25
9	Treatment: management of locoregional recurrence	28
10	Treatment: palliation of incurable disease	30
11	Laryngeal cancer	32
12	Hypopharyngeal cancer	36
13	Oropharyngeal cancer	39
14	Oral cavity cancer	43
15	Follow up, rehabilitation and patient support	47
16	Information for discussion with patients and carers	53
17	Implementation, resource implications, audit and further research	63
18	Development of the guideline	65
	Abbreviations	68
	Annexes	70
	References	78

October 2006

COPIES OF ALL SIGN GUIDELINES ARE AVAILABLE ONLINE AT WWW.SIGN.AC.UK

Linee guida per la valutazione e la gestione del problema fonatorio e deglutitorio post-intervento (**SIGN 2006** “Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline”)

racc. C

➤ Il paziente disfagico con carcinoma della testa e del collo deve ricevere una appropriata terapia logopedica al fine della *riabilitazione della voce, ottimizzare la residua funzione deglutitoria e ridurre il rischio di aspirazione*

➤ Tutti i pazienti con cancro orale, dell'orofaringe, dell'ipofaringe e della laringe devono aver accesso a indagini strumentali per la disfagia.



ECCO IL SUO BIGLIETTO DEL
BUS! QUANDO SI SVEGLIA PUÒ
PRENDERE L'AUTOBUS DAVANTI
ALL'OSPEDALE!

CONQUINTOS