

# LARINGECTOMIA E RIPRESA DELL'ALIMENTAZIONE ORALE



Autori: Lucia Tonucci Serena Frassini

## 1) BACKGROUND

La laringectomia totale è il trattamento chirurgico di elezione per il carcinoma squamocellulare della laringe. Negli ultimi 10 anni il trattamento del carcinoma laringeo diagnosticato in fase iniziale ha utilizzato un approccio “organ sparing” chirurgico, con o senza radioterapia esterna; nella forma avanzata, la laringectomia totale come trattamento primitivo può trovare indicazione se altre tecniche chirurgiche, o chemio-radioterapia non sono stati appropriati, mentre la laringectomia totale di salvataggio è indicata quando il trattamento chemio-radioterapico, radioterapico o altre tecniche chirurgiche hanno fallito come prima opzione. L'intervento comporta importanti cambiamenti, anatomici e fisiologici, delle strutture coinvolte nel respiro, nell'alimentazione e nella comunicazione. Post laringectomia totale possono verificarsi complicanze quali sanguinamento, infezioni, deiezione della ferita chirurgica, fistolizzazione: la fistola faringocutanea (PCF) è la complicanza precoce più comune, con un tasso di incidenza variabile dal 3% al 65%. Le principali cause di fistolizzazione faringocutanea sono legate alla tecnica chirurgica, all'inadeguatezza della sutura, allo stato di malnutrizione preoperatoria, al trattamento radioterapico pre-intervento, a bassi livelli di emoglobina, presenza di ematomi, margini tumorali positivi e stadio avanzato di malattia, pregressa tracheotomia, concomitante faringectomia, stenosi faringea.

Il verificarsi della complicanza aumenta considerevolmente la morbilità, la durata dell'ospedalizzazione, le spese sanitarie e ritarda l'inizio del trattamento radioterapico adiuvante e della fase riabilitativa. Oltre a raddoppiare la durata della degenza ospedaliera, la PCF predispone all'insorgenza di lesioni vascolari importanti a livello del collo e causa discomfort al paziente, per la necessità di praticare l'alimentazione enterale attraverso un sondino naso-gastrico. Storicamente la ripresa precoce della rialimentazione orale è stata considerata uno dei fattori di rischio per lo sviluppo della fistola: l'ipotesi è che l'assunzione di cibo “stressi” la sutura e perciò contribuisca all'insorgenza di lacerazione e, conseguentemente, alla fistolizzazione. D'altro canto, l'utilizzo della sonda naso-gastrica per l'alimentazione enterale, in questa fase aggiunge stress e ritarda la riabilitazione. Il momento opportuno per la reintroduzione dell'alimentazione orale rappresenta ancora una questione controversa. Nel tentativo di prevenire lo sviluppo di questa temuta complicanza, i pazienti laringectomizzati riprendono l'alimentazione per via orale in genere a partire dalla 7a-10ª giornata post-operatoria: l'84.5% dei chirurghi otorino, ad oggi, in mancanza di linee guida, segue questa tendenza, pur non essendo un comprovato standard assistenziale “evidence-based”.



**Lo scopo della nostra revisione è quella di valutare se la ripresa precoce dell'alimentazione orale del paziente sottoposto a laringectomia totale è una pratica assistenziale sicura rispetto all'insorgenza di complicanze, in particolare di**

**fistolizzazione faringo-cutanea.**

## QUESITO DI RICERCA



*Qual è la tempistica ottimale per la ripresa dell'alimentazione orale nei pazienti sottoposti ad intervento di laringectomia totale? La rialimentazione precoce aumenta il rischio di complicanze, in particolare la comparsa di fistola faringotracheale?*

## 2) REVISIONE DELLA LETTERATURA

### PICO (Popolazione/Intervento/Confronto/Outcome)



**P:** paziente sottoposto ad intervento di laringectomia totale



**I:** rialimentazione precoce (nei primi 6 giorni dall'intervento)



**C:** rialimentazione tardiva (dalla 7°-10° giornata post-intervento)



**O:** incidenza di complicanze (fistola faringotracheale)

**DISEGNI DI STUDIO:** revisioni sistematiche con o senza meta-analisi, RCT, studi osservazionali

**BANCHE DATI:** Medline, Embase, Cinhal, Cochrane

**KEY WORDS:** laryngectomy, feeding, early, intake, fistula



**STRATEGIA DI RICERCA:** vedi TABELLA 1 pag. 3

**"EVIDENCE TABLE"** (descrizione sintetica di ogni studio selezionato): vedi TABELLA 2 pag. 4

**TABELLA 1: ricerca bibliografica al 15/10/2015**

BD	Parole Chiave	N. Articoli Rilevati	N. Articoli Selezionati	Articoli con citazioni	PDF
Medline	laryngectomy AND feeding Filters activated: Systematic Reviews, Randomized Controlled Trial, Meta-Analysis, Review, published in the last 5 years	10	1	<a href="#">Early oral feeding after total laryngectomy: A systematic review.</a> Aires FT, Dedivitis RA, Petrarolha SM, Bernardo WM, Cernea CR, Brandão LG. Head Neck. 2014 May 11. doi: 10.1002/hed.23755. [Epub ahead of print] <a href="#">J Laryngol Otol.</a> 2014 Apr 15:1-7. [Epub ahead of print]	<a href="#">Aires 2014</a>
Medline	(total[All Fields] AND ("laryngectomy"[MeSH Terms] OR "laryngectomy"[All Fields])) AND feeding[All Fields] AND ("fistula"[MeSH Terms] OR "fistula"[All Fields]) AND ("2010/08/08"[PDat] : "2015/08/06"[PDat])	16	1	<a href="#">Early feeding after total laryngectomy results in shorter hospital stay without increased risk of complications: a retrospective case-control study.</a> Serbanescu-Kele CM, Halmos GB, Wedman J, van der Laan BF, Plaat BE. Clin Otolaryngol. 2015 Mar 25. doi: 10.1111/coa.12420	<a href="#">Serbanescu-Kele 2015</a>
Medline	"Laryngectomy"[Mesh] AND intake AND early Filters activated: Abstract, English	12	1	<a href="#">Early oral intake after total laryngectomy does not increase pharyngocutaneous fistulization.</a> Timmermans AJ, Lansaat L, Kroon GV, Hamming-Vrieze O, Hilgers FJ, van den Brekel MW. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Feb;271(2):353-8. doi: 10.1007/s00405-013-2524-y. Epub 2013 Apr 27	<a href="#">Timmermans 2004</a> Solo abstract
Pubmed Health	Laryngectomy AND feeding	7	1	<a href="#">The effect of early oral feeding compared to standard oral feeding following total laryngectomy: a systematic review</a> Martin S, Jordan Z, Carney A JBI First published:13 Dec 2013; 11(11): 140-182	<a href="#">Martin 2013</a>
Embase	'laryngectomy'/exp OR laryngectomy AND ('oral'/exp OR oral) AND ('feeding'/exp OR feeding) AND early AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR [meta analysis]/lim) AND [2010-2015]/py	8	1	<a href="#">Early oral feeding versus delayed oral feeding in patients following total laryngectomy: A systematic review</a> Hay A., Pitkin L., Mathew R., Gurusamy K. Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States) 2014 151:1 SUPPL. 1 (P55-)	<a href="#">Hay 2014</a>
Cochrane	'feeding AND laryngectomy in Cochrane Reviews'	3	0	1 documento già reperito	

Cinhal	TX laryngectomy AND TX feeding	25	0	1 documento già reperito	
	No limiti				

**TABELLA 2: "EVIDENCE TABLE" (descrizione sintetica e valutazione metodologica degli studi selezionati)**

FONTE	DISEGNO PICO	CAMPIONE SETTING	TRATTAMENTO	RISULTATI	GRADING (Sign)	COMMENTO
<a href="#">Timmermans 2004</a>	<b>Studio di coorte retrospettivo</b> <b>P:</b> pazienti sottoposti a laringectomia totale <b>I:</b> rialimentazione orale precoce (EOI) <b>C:</b> rialimentazione orale in tempi usuali/ritardati (LOI) <b>O:</b> incidenza di fistola faringocutanea	<b>247 pazienti sottoposti a TLE</b> Con EOI: 107 pz Con LOI: 140 pz Gruppi omogenei per sesso, età, diagnosi ed indicazione chirurgica eccetto che per ASA leggermente a favore dei controlli ( $p = 0.047$ )	<b>Trattati:</b> ripresa alimentazione orale tra 2°-4° gg P.O. (EOI) <b>Controlli:</b> LOI, ripresa alimentazione orale tra 10°-12° gg P.O. (LOI)  Inizio dell'alimentazione orale (media) Trattati: 3 gg (range 2-84) Controlli: 11 gg (range 6-103, $p = 0.001$ ).	<b>Incidenza PCF</b> Trattati 32% vs controlli 25% $p = 0.255$ ), risultato non statisticamente significativo. No associazione tra il timing di rialimentazione orale e PCF (HR = 0.995; CI 0.98-1.01; $p = 0.364$ ).	<b>*</b>  <i>Valutazione di abstract</i>	<b>Limiti:</b> il campione comprende pazienti sottoposti a laringectomia con e senza ricostruzione, analizzati tutti nello stesso gruppo senza distinzione, con tempistica molto diversa: nel gruppo EOI pazienti che hanno iniziato la rialimentazione anche oltre l'84esimo giorno, nel gruppo LOI pazienti che si sono rialimentati prima del 6° giorno.  <b>Lo studio suggerisce che la ripresa precoce della rialimentazione orale non aumenta l'incidenza di PCF ma la modalità di conduzione dello studio rende discutibile la trasferibilità del risultato</b>
<a href="#">Aires 2014</a>	<b>Revisione sistematica</b> <b>P:</b> pazienti sottoposti a laringectomia totale <b>I:</b> EOI <b>C:</b> LOI <b>O:</b> incidenza di fistola faringocutanea	<b>8 studi inclusi</b> <b>4 coorte</b> (retrospettivi/prospettici) 490 pz (352 trattati, 138 controlli) <b>4 RCT</b> 180 pz (90 trattati, 90 controlli)	<b>Trattati:</b> tempo di ripresa dell'alimentazione orale < 5 gg post-intervento <b>Controlli:</b> tempo di ripresa dell'alimentazione orale > 7 gg post-intervento	<b>Incidenza PCF</b> <b>Per i 4 studi di coorte</b> Trattati: 12.2%, controlli: 10.1% (IC 95%, -0.05 a 0.08; $p=0.67$ ; $I^2$ 0%) <b>No differenze tra i gruppi, risultato non statisticamente significativo</b>  <b>Per i 4 RCT</b> Trattati: 6.7%, controlli: 10.0% (IC 95%, -0.11 a 0.05; $p=0.42$ ; $I^2$ 0%)  <b>No differenze tra i gruppi, risultato non statisticamente significativo</b>	<b>1+</b>	<b>Limiti:</b> difformità tra gli studi esaminati nella modalità di rialimentazione orale dei trattati es., (inizio dopo 48 H, da 48 a 73 h, dopo 24 ore, dalla 3° gg PO) e dei controlli (dalla 7° gg PO, dalla 10°-12°gg PO); i test statistici non rilevano eterogeneità.  <b>La rialimentazione orale precoce non aumenta l'incidenza di PCF, il razionale per introdurla nella pratica assistenziale è la dimissione in tempi più brevi, la riduzione dello stress psicologico, e delle possibili complicanze legate all'alimentazione</b>

						enterale con sondino, la riduzione dei costi correlati.
<a href="#">Martin 2013</a>	<p><b>Revisione sistematica con meta-analisi JBI</b></p> <p><b>P:</b> pazienti sottoposti a laringectomia totale  <b>I:</b> EOI  <b>C:</b> LOI  <b>O:</b> incidenza di fistola faringocutanea, LOS</p>	<p><b>8 studi</b>  <u>3 sperimentali:</u> 2 RCT+ 1 quasi-sperimentale  128 pz  <u>5 descrittivi:</u> 4 <u>retrospettivi</u> + 1 <u>case-series prospettico</u>  <b>Meta-analisi solo per studi sperimentali</b></p>	<p><b>Trattati:</b> EOI (nei primi 6 giorni post op.) dieta idrica 24 h/ 48 h dopo intervento  <b>Controlli:</b> LOI (dal 7° giorno al 10° post op.)</p>	<p><b>Incidenza PCF</b>  <b>EOI vs LOI:</b>  RR 0.65 (95% CI: 0.19 a 2.18, <math>X^2 = 0.17</math>, <math>p=0.92</math>):  No eterogeneità  <b>No differenze tra i gruppi, risultato non statisticamente significativo</b></p> <p><b>Durata della degenza (LOS)</b>  Non è stato possibile il pooling dei risultati dei singoli studi per approccio metodologico diverso di valutazione dell'outcome, (valutazione con i criteri di dimissione o con le giornate di degenza), non eseguita metanalisi, risultati inconcludenti.</p>	1++	<p><b>Limiti:</b> possibili publication bias, solo studi in lingua inglese.</p> <p><b>Nei pazienti non irradiati, o irradiati in maniera non estensiva sottoposti a laringectomia totale la ripresa dell'alimentazione orale prima della 7° gg PO, non aumenta l'incidenza della PCF.</b>  Benchè anche gli studi descrittivi siano a favore di EOI, i campioni riguardano una popolazione meno omogenea, livello di evidenza non alto. Mancanza di studi primari di alta qualità per laringectomia di salvataggio e per tecniche chirurgiche più complesse (vedi ricostruzione con lembi, etc.): per questi pz le evidenze non sono generalizzabili. No evidenza per la riduzione della durata del ricovero.</p>
<a href="#">Serbane scu-Kele 2015</a>	<p><b>Caso-controllo retrospettivo</b></p> <p><b>P:</b> pazienti sottoposti a laringectomia totale  <b>I:</b> EOI  <b>C:</b> LOI  <b>O:</b> incidenza di fistola faringocutanea, complicanze, LOS</p>	<p><b>66 pazienti sottoposti a TLE</b>  Trattati: 36 pz per EOI (3-5 gg PO)  Controlli: 30 pz per LOI (7-10 gg PO)</p> <p><b>Setting:</b> centro oncologico olandese in cui dal 2008 al 2010 era adottato il regime LOI (da 7 a 10gg di digiuno post op.) e dal 2010 al 2013 è stato adottato l'EOI (da 3 a 5 gg di digiuno post op.)</p>	<p><b>Trattati:</b> 1 tazza di acqua in 3° gg PO + il giorno successivo inizio alimentazione orale  <b>Controlli:</b> 1 tazza di acqua in 7° gg PO + il giorno successivo inizio alimentazione orale</p>	<p><b>Complicanze</b>  Trattati: 21 pz (58%) Controlli: 19 pz (63%)  <b>Incidenza PCF</b>  Trattati: 6 pz (17%) Controlli: 6 pz (20%)</p> <p>Non ci sono differenze significative tra gruppi  Altre complicanze (stenosi, altre complicanze della ferita): no differenza significativa</p> <p><b>LOS</b>  <b>A favore alimentazione precoce</b>  Media per tutto il periodo di degenza: trattati 17.4 gg vs controlli 19.4 gg (<math>p&lt;0.029</math>), 2 giorni in meno di degenza, risultato statisticamente significativo a favore di EOI  Media per il periodo di degenza dall'intervento alla dimissione: trattati 13.9 gg vs controlli 17.2 (<math>p=0.011</math>), statisticamente significativo a favore di EOI</p>	2+	<p><b>Limiti:</b> non è riportata la significatività dell'outcome "complicanze" (no valore <math>p</math> value, la significatività è solo dichiarata).</p> <p><b>A favore del trattamento.</b>  Complicanze equamente distribuite fra I gruppi. Evidenza statisticamente significativa che <b>EOI abbrevia la degenza e non aumenta l'incidenza di PCF ed altre complicanze postoperatorie rispetto a LOI.</b></p>

				<p><i>Analisi per sottogruppi</i></p> <p>Chirurgia primaria: trattati 13.2 gg vs controlli 14.2 (p=0.07) non significativo, no differenze</p> <p>Chirurgia di salvataggio: trattati 14.9 gg vs controlli 20.2 gg (p=0.05) statisticamente significativo a favore di EOI</p>		
<p><a href="#">Hay 2014</a></p>	<p><b>Revisione sistematica con metanalisi</b></p> <p><b>P:</b> pazienti sottoposti a laringectomia totale</p> <p><b>I:</b> EOI</p> <p><b>C:</b> LOI</p> <p><b>O:</b> incidenza di fistola faringocutanea, complicanze, mortalità, LOS</p>	<p><b>4 RCT + 3 CCT</b></p> <p><b>393 pazienti sottoposti a TLE</b></p> <p><b>Setting: studi condotti in USA, Europa, Asia, SudAfrica</b></p>	<p><b>Trattati:</b> EOI (prima del 7° gg PO, a 48 h, in 2°-3° gg PO)</p> <p><b>Controlli:</b> LOI (dal 7° gg PO, tra la 7°-10° gg PO, tra 10-12° gg PO)</p>	<p><b>EOI vs LOI:</b></p> <p><b>Mortalità a 6 mesi</b> (7 studi, 393 pz) OR 0.25; (95% CI 0.02 a 2.76, non statisticamente significativo, no eterogeneità tra gli studi)</p> <p>La proporzione di decessi a 6 mesi nei trattati è stata 0.4%(1/231 paziente) rispetto ai controlli con 1.2% (2/162 pazienti).</p> <p><b>Incidenza PCF</b> 393 pz (7 studi, 393 pz) RR 0.82; (95% CI 0.44 a 1.50, non statisticamente significativo, no eterogeneità tra gli studi)</p> <p><b>Incidenza complicanze (numero eventi)</b> (4 studi, 174 pz) RR 0.91; (95% CI 0.58 a 1.43, non statisticamente significativo, no eterogeneità tra gli studi)</p> <p><b>LOS (dall'intervento alla dimissione)</b> (3 studi, 149 pz) MD -2.72 gg; (95% CI -5.34 a -0.09, p= 0.04, risultato statisticamente significativo, no eterogeneità tra gli studi)</p>	1+	<p><b>Limiti:</b> studi metodologicamente deboli e a rischio di bias (in 3 RCT la tecnica di randomizzazione non è descritta). I risultati riportano ampi intervalli di confidenza. Anche i 3 studi quasi-sperimentali sono di scarsa qualità metodologica. Nel complesso bassa qualità dell'evidenza.</p> <p><b>Il gruppo EOI sembra avere una incidenza simile di complicanze ed avere il potenziale di abbreviare la durata della degenza di circa 3 gg rispetto al gruppo LOI.</b></p>

**Legenda**

**PCF**= fistola faringo-cutanea (*pharyngocutaneous fistulization*)  
**LOI** = ripresa ritardata dell'alimentazione orale (*late oral intake*)  
**EOI**= ripresa precoce dell'alimentazione orale (*early oral intake*)  
**ASA** = American Society of Anesthesiologists score  
**LOS** = durata della degenza (*length of stay*)  
**TLE** = laringectomia totale (*total laryngectomy*)  
**PO** = post-operatoria  
**RR** rischio relativo  
**OR** odds ratio  
**MD** media  
**CI** intervallo di confidenza

TABELLA 3: sintesi delle evidenze			
Categoria (Livello)	N° fonti	Valutazione complessiva Qualità	Sintesi dei risultati delle evidenze (livello)
<b>Livello 1 (studi sperimentali)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisioni sistematiche di RCT con senza meta-analisi</li> <li>• RCT</li> </ul>	3	<b>1 studio ++</b> <b>2 studio +</b>	<p>Nel paziente sottoposto a laringectomia totale, non irradiato o irradiato in maniera non estensiva la ripresa della rialimentazione orale precoce (EOI) prima della 7° giornata PO (nei primi 6 giorni con dieta idrica 24 h/ 48 h dopo intervento) non aumenta l'incidenza di PCF (RR 0.65 95% CI: 0.19 - 2.18, <math>p=0.92</math>) (LIVELLO A).</p> <p>Nessuna differenza per incidenza PCF tra EOI &lt;5 giorni e LOI &gt; 7 giorni (Incidenza 6.7% vs 10.0% CI 95%, -0.11 a 0.05; <math>p=0.42</math>) (LIVELLO B)</p> <p>Nessuna differenza tra EOI e LOI per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalità a 6 mesi (OR 0.25; (95% CI 0.02 a 2.76)</li> <li>• PCF Incidenza (RR 0.82; (95% CI 0.44 a 1.50)</li> <li>• Tutte le complicanze (RR 0.91; 95% CI 0.58 a 1.43)</li> </ul> <p>Per LOS dall'intervento alla dimissione (MD -2.72 gg, 95% CI -5.34 a -0.09, <math>p= 0.04</math>) EOI può abbreviare la durata della degenza di circa 3 gg (LIVELLO B)</p>
<b>Livello 2 (studi quasi-sperimentali)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisioni sistematiche di studi osservazionali (coorte, caso-controllo)</li> <li>• Studi coorte</li> <li>• Studi caso-controllo</li> <li>• Studi non randomizzati</li> </ul>	1	2+	<p>EOI (3-5 giornata PO) rispetto a LOI (7-10 giornata PO) abbrevia la degenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LOS tutto il periodo: MD 17.4 gg vs 19.4 gg, <math>p&lt;0.029</math>;</li> <li>• LOS dall'intervento alla dimissione: MD 13.9 gg vs 17.2 <math>p=0.011</math>,</li> </ul> <p>e non aumenta l'incidenza di PCF ed altre complicanze postoperatorie (LIVELLO B)</p>
<b>Livello 3 (studi descrittivi)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studi descrittivi</li> <li>• Case report</li> <li>• Serie di casi</li> </ul>	/	/	
<b>Livello 4</b> Consenso formale di opinioni di esperti	/	/	
<p><i>LOI = ripresa ritardata dell'alimentazione orale (late oral intake) EOI= ripresa precoce dell'alimentazione orale (early oral intake)</i>  <i>PCF= fistola faringo-cutanea (pharyngocutaneous fistulization) LOS = durata della degenza (length of stay) TLE = laringectomia totale (total laryngectomy) PO = post-operatoria</i>  <i>MD = media RR = rischio relativo OR = odds ratio CI = intervallo di confidenza</i></p>			

### 3) DISCUSSIONE

La recente revisione di Aires (2014) dimostra che la ripresa precoce dell'alimentazione orale, prima della 5° giornata post laringectomia totale, non aumenta l'incidenza di fistolizzazione cutanea. La difformità della tempistica e della modalità adottata nei trials inclusi, sia per i trattati che per i

controlli, con consente di definire quale sia il timing ottimale di ripresa. La metanalisi di Hay (2014) conferma che non ci sono differenze significative per l'incidenza di complicanze tra i pazienti alimentati entro i primi 6 giorni o dalla 7a giornata post intervento; questo studio riporta un risultato significativo per la riduzione del tempo di degenza, circa 3 giorni, a favore della rialimentazione precoce. Trattasi di un outcome di grande rilevanza organizzativa, ma alcuni studi presentano bias relativi alla mancata descrizione della tecnica di randomizzazione; per la bassa potenza e gli ampi intervalli di confidenza, pure in assenza di eterogeneità tra gli studi, questa evidenza è da considerarsi di bassa qualità. La metanalisi del JBI (Martin 2013) conferma che iniziando una dieta idrica in 1°, 2° giornata, a seguire riprendendo l'alimentazione orale prima della 7° giornata, il rischio di fistolizzazione faringo-cutanea nei pazienti non irradiati, o irradiati in maniera non estensiva, non aumenta. Trattasi di uno studio di alta qualità metodologica: differenza tra i due regimi di rialimentazione non statisticamente significativa con trend a favore dell'alimentazione precoce, nessuna evidenza per la riduzione della durata della degenza, né per gli interventi di salvataggio o con tecnica chirurgica più complessa.

Lo studio analizzato più recente (Serbanescu, 2015) è stato condotto in una struttura oncologica olandese in cui, fino al 2010 era in uso rialimentare i laringectomizzati a partire dalla 7°-10° giornata e dal 2010 in poi è stato adottato il regime precoce (acqua in 3° giornata ed inizio dell'alimentazione in 4° giornata). Lo studio di Serbanescu è un case-control metodologicamente di buona qualità, con un numero sostanziale di pazienti sottoposti a chirurgia di salvataggio dopo l'irradiazione. Studi precedentemente condotti escludevano i pazienti irradiati, rappresentativi degli standard, o non includevano una quota rappresentativa di pazienti irradiati, che rappresentano lo standard di pratica corrente; in assenza di un aumento di complicanze, rialimentando precocemente questi pazienti si abbrevia significativamente la degenza media di 2 giorni, si riduce di circa 3 giorni la degenza post intervento e di circa 5 giorni la degenza dei sottoposti a chirurgia di salvataggio. Trattasi di studio osservazionale retrospettivo, seppure ben condotto, motivo per cui le prove di evidenza non sono robuste.

Il paziente sottoposto a laringectomia totale primitiva, non irradiato o irradiato in maniera non estensiva, può riprendere ad alimentarsi per via orale prima della 7° giornata, ossia precocemente nei primi 6 giorni postoperatori, con un rischio di complicanze, in particolare di fistola faringo-cutanea, sovrapponibile a quello in cui può incorrere con un regime cosiddetto ritardato, ovvero a partire dalla 7° giornata. L'evidenza è a favore della ripresa dell'alimentazione precoce per la dimissione in tempi più brevi, per la riduzione dello stress psicologico e delle possibili complicanze legate all'alimentazione enterale con sondino, per un più rapido inizio della terapia riabilitativa e per la diminuzione dei costi correlati alla degenza. La disamina della letteratura non consente di trarre una forte raccomandazione di buona pratica riguardo alla modalità e alla tempistica ottimale, caratterizzate da una certa difformità nei diversi studi: l'adozione di un protocollo che preveda una dieta idrica in 1°, 2° giornata, a seguire la ripresa dell'alimentazione orale nei primi 6 giorni post intervento, è quello sostenuto dall'evidenza scientifica più robusta.

#### **4) PUNTI DI BUONA PRATICA CLINICA**



**1** Nel paziente sottoposto a laringectomia totale la ripresa dell'alimentazione orale precoce, ovvero prima della 7a giornata post-operatoria, deve essere presa in considerazione e discussa prima dell'intervento a livello di team assistenziale medico-infermieristico, considerando anche la preferenze del paziente (Livello di evidenza A)

**2** L'alimentazione orale del paziente sottoposto a laringectomia totale non irradiato, o irradiato in maniera non estensiva, può essere ripresa prima della 7a giornata post-operatoria (Livello di evidenza B)

**3** Non riprendere l'alimentazione orale prima della 7a giornata post-operatoria nel paziente laringectomizzato sottoposto a tecnica chirurgica estensiva o di salvataggio (Livello di evidenza A)

**4** La rialimentazione orale precoce post laringectomia totale primaria può evitare il posizionamento intraoperatorio del sondino naso-gastrico per l'alimentazione enterale: questo può migliorare il comfort del paziente ed abbreviare i tempi d'inizio della terapia logopedica riabilitativa (Livello di evidenza B)

## 5) BIBLIOGRAFIA

- ☞ Aires FT, Dedititis RA, Petrarolha SM, Bernardo WM, Cernea CR, Brandão LG. *Early oral feeding after total laryngectomy: A systematic review*. Head Neck. 2014 May 11. Laryngol Otol. 2014 Apr 15:1-7.
- ☞ Dearholt & Dang 2012, "Johns Hopkins Evidence-based practice: models and guidelines" Second Edition
- ☞ Hay A., Pitkin L., Mathew R., Gurusamy K. *Early oral feeding versus delayed oral feeding in patients following total laryngectomy: A systematic review* Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States) 2014
- ☞ Martin S, Jordan Z, Carney A *The effect of early oral feeding compared to standard oral feeding following total laryngectomy: a systematic review* JBI First published:13 Dec 2013
- ☞ Serbanescu-Kele CM, Halmos GB, Wedman J, van der Laan BF, Plaat BE. *Early feeding after total laryngectomy results in shorter hospital stay without increased risk of complications: a retrospective case-control study*. Clin Otolaryngol. 2015
- ☞ Timmermans AJ, Lansaat L, Kroon GV, Hamming-Vrieze O, Hilgers FJ, van den Brekel MW. *Early oral intake after total laryngectomy does not increase pharyngocutaneous fistulization* Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Feb; 271(2):353-8.
- ☞ <http://joannabriggs.org/>
- ☞ <http://www.evidencebasednursing.it/homepage1.htm>
- ☞ <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>

## 6) GRUPPO DI LAVORO

Coordinatore Infermieristico Lucia Tonucci SOC Otorinolaringoiatria -Oculistica

email: [lucia.tonucci@ospedalimarchenord.it](mailto:lucia.tonucci@ospedalimarchenord.it)

Coordinatore Infermieristico Dr.ssa Serena Frassini Direzione Dipartimento IOTR

email: [serena.frassini@ospedalimarchenord.it](mailto:serena.frassini@ospedalimarchenord.it)