
Le malattie della tiroide, dalla diagnosi alla terapia (parte II)

A cura del gruppo tiroide ASL AL

*Appunti del Corso “Le malattie
della tiroide (dalla diagnosi alla
terapia), focus sui percorsi aziendali
Casale Monferrato 19 marzo e 4 aprile
2011*

La chirurgia della tiroide

La ghiandola tiroide può manifestare diverse condizioni patologiche per le quali è indicata la chirurgia, intesa come asportazione di parte o di tutta la ghiandola. L'indicazione alla chirurgia viene dopo un accurato bilancio della patologia tiroidea, dello stato generale del paziente, di eventuali condizioni patologiche concomitanti. La proposta chirurgica è pertanto la conclusione di un percorso che vede il paziente al centro di una valutazione multi specialistica (Endocrinologo, Chirurgo cervico facciale, ecografista, anatomo patologo). È la condizione che offre al paziente le migliori garanzie per evitare interventi non indicati e per programmare l'intervento nel modo più appropriato, prendendosi cura anche delle possibili e rare complicazioni della chirurgia. L'approccio multidisciplinare, di un team specializzato per lo studio della patologia e della terapia è il golden standard che viene offerto al paziente tiropatico.



Il team "tiroide" dell'ambulatorio per lo studio e terapia della patologia nodulare dell'Ospedale "S.Spirito" di casale Monferrato

L'indicazione alla chirurgia, sia che si tratti di patologia tumorale o nodulare benigna o di patologia che provoca una abnorme produzione di ormoni con conseguente stato di ipertiroidismo, è sempre il frutto di una decisione collegiale da parte del team della Thyroid Unit, gruppo di studio e di lavoro sulla tiroide. Gli interventi sulla tiroide sono ben codificati.

L'intervento radicale per eccellenza è **la tiroidectomia totale**, asportazione completa della ghiandola tiroide. L'intervento che prevede l'asportazione di un lobo della ghiandola è la **lobectomia tiroidea**, se viene anche asportato l'istmo della ghiandola si ha la **lobo istmectomia**. In qualche caso si può procedere alla asportazione di un nodulo unico, in assenza di altre alterazioni della ghiandola, quando questo è situato sull'istmo; in tal caso si procede ad eseguire una istmectomia. L'incisione chirurgica, quando si opta per una tecnica tradizionale open, è piccola, dai 3 ai 5 cm. La cicatrice si maschera in una piega del collo. I drenaggi vengono raramente applicati, la degenza media è di 1-2 giorni. Una prima cicatrizzazione avviene in una settimana. L'operato viene rivalutato dal chirurgo e dall'endocrinologo ad una settimana dall'intervento e dopo sei settimane con gli esami necessari per modulare la terapia ormonale sostitutiva quando è necessaria.

Le possibili **complicazioni di un intervento chirurgico sulla ghiandola tiroide** sono oggetto del colloquio informativo col chirurgo e vengono esaurientemente illustrate nel consenso informato che deve essere acquisito prima di ogni intervento chirurgico. Le elenchiamo brevemente:

- ✓ **Emorragie post operatorie.** Evento temuto che richiede una tempestiva evacuazione dell'ematoma e emostasi dei punti emorragici. È una complicazione rara che avviene in meno dell'1% dei casi e, quando l'intervento è stato condotto con perizia e grande attenzione alla emostasi dei peduncoli

vascolari , riguarda piccoli vasi generalmente muscolari o cutanei; in questo caso non si manifesta con caratteri di drammaticità.

- ✓ **Lesione del nervo ricorrente** con conseguente paralisi di una corda vocale. La muscolatura intrinseca della laringe, che provvede ai movimenti della corda vocale, è innervata dai nervi ricorrenti, destro e sinistro. Questi nervi penetrano nella laringe, dividendosi in rami che vanno a innervare i singoli muscoli, dopo un decorso nel collo a strettissimo contatto con la capsula tiroidea dove possono essere lesionati nel corso dell'intervento di tiroidectomia provocando una alterazione del timbro vocale; la lesione di entrambi i nervi ricorrenti provoca una immobilità di entrambe le corde con spazio respiratorio ristretto e conseguente difficoltà respiratoria che può necessitare di una tracheotomia. Le probabilità di una lesione del nervo ricorrente da parte di un chirurgo esperto sono molto rare. La lesione del nervo può essere definitiva quando il nervo è stato sezionato, transitoria quando è rimasto paralizzato dal traumatismo chirurgico. In quest'ultimo caso la ripresa della funzione, facilitata dalle cure riabilitative, avviene in un lasso di tempo che può essere anche di diversi mesi
- ✓ **Ipoparatiroidismo**. E' una condizione che provoca un alterato metabolismo del calcio con una ipocalcemia che va corretta con l'assunzione di calcio e vit D. il metabolismo del calcio è regolato dal Paratormone (PTH), ormone secreto dalle ghiandole paratiroidi che generalmente in numero di due per lato, di pochi mm di diametro, sono adiacenti alla capsula tiroidea. Durante l'intervento di tiroidectomia, le ghiandole devono essere visualizzate e preservate anatomicamente con la loro vascolarizzazione. La preservazione delle ghiandole paratiroidi è uno dei punti cruciali dell'intervento di tiroidectomia; richiede esperienza e un approccio estremamente delicato alla ghiandola.
- ✓ **Difetti di cicatrizzazione**. In pochi casi la guarigione della ferita avviene con una cicatrice esuberante, cosiddetto cheloide. Il processo di cicatrizzazione è individuale e non è del tutto dipendente dalle modalità di trattamento dei tessuti e dal materiale di sutura. I rimedi sono quelli soliti del trattamento dei cheloidi.