



## Malattie chirurgiche della TIROIDE

La tiroide è una ghiandola della regione anteriore del collo suddivisa in due lobi connessi da un ponte centrale chiamato istmo. La funzione della tiroide è di produrre gli ormoni tiroidei (T3, o triiodotironina, e T4, o tiroxina), il cui compito è di sovrintendere e stimolare diverse attività metaboliche riguardanti tutti gli apparati ed in particolare quello cardiocircolatorio, nonché di contribuire in maniera essenziale ai processi dell'accrescimento somatico e dello sviluppo intellettuale.

La valutazione della ghiandola tiroidea e della sua funzione passano attraverso:

- la visita con l'esame fisico della regione del collo ed eventuali segni di disfunzione,
- test ormonali basati su dosaggi di tali sostanze nel sangue,
- la scintigrafia con captazione di un radioisotopo che permette di individuare aree "calde" o "fredde" ,
- l'ecografia che ci offre la possibilità di valutare morfologicamente la ghiandola permettendo la differenziazione tra noduli solidi e cistici e le dimensioni di eventuali formazioni nodulari.
- Esami radiologici, quali la TAC di collo e torace, talvolta l'esofagografia;
- L'esame citologico, ottenuto mediante ago-aspirato dei noduli con guida ecografica, consente di ottenere una diagnosi nel 70-80 % dei casi.

Le malattie chirurgiche della tiroide sono rappresentate da: nodulo singolo (cisti, adenoma, nodulo tossico o M. di Plummer), gozzo multinodulare, morbo di Basedow, neoplasie e carcinomi tiroidei (carcinoma differenziato, papillare o follicolare, carcinoma midollare, carcinoma anaplastico, ed altri più rari).

L'irradiazione del collo, la presenza di una predisposizione genetica (Neoplasia endocrina multipla), pregressa tiroiditi: tutte queste rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo di una neoplasia tiroidea. Molto spesso il carcinoma tiroideo si presenta come nodulo singolo asintomatico mentre in un 20 % dei casi può presentarsi con linfadenomegalia locoregionale; la sintomatologia compressiva può essere presente quale manifestazione della malattia stessa.

*Quando è necessario l'intervento chirurgico?*

1. L'ingrossamento del collo o l'evidenziarsi di una tumefazione della regione anteriore con o senza sintomatologia da ingombro meccanico attraverso compressione/dislocazione, in particolare di trachea ed esofago, ad opera della ghiandola ingrossata o di noduli della stessa. Dispnea, disfagia, disfonia, in rari casi presenza di vertigini e cefalea, sono i motivi che più spesso indicano la necessità dell'intervento. Talora all'accrescimento volumetrico può conseguire l'abnorme sviluppo della ghiandola o di una sua parte nel

mediastino, ovvero all'interno del torace, con ulteriore considerazione di problematicità terapeutiche aggiunte.

2. Un esame citologico (dall'esecuzione di un ago-aspirato su un nodulo) con esito sospetto o con diagnosi certa di neoplasia (esame citologico positivo per carcinoma).
3. Una condizione di ipertiroidismo legata all'iperproduzione di ormoni tiroidei da parte di un nodulo iperfunzionante (M. di Plummer), o di un gozzo multinodulare tossico, o di un gozzo tossico diffuso (M. di Basedow), tutte situazioni queste cui può associarsi anche un ingrossamento della ghiandola e quindi un problema meccanico di tipo compressivo/dislocativo.
4. Infine la terapia chirurgica si può rendere necessaria in alcuni casi di tiroidite in cui non si ha risposta alla terapia, presenza di sintomi compressivi o coesistenza di neoplasia tiroidea.

*Quali sono i tipi di intervento chirurgico effettuati sulla tiroide?*

- Emitiroidectomia: la presenza di un nodulo singolo o comunque dell'interessamento da parte della malattia nodulare di un solo lobo della tiroide permette di eseguire un intervento chirurgico definito "emitiroidectomia" che consiste nell'exeresi di metà tiroide e dell'istmo tiroideo.
- Tiroidectomia totale: è un intervento indicato in quei pazienti con interessamento patologico di entrambi i lobi o di tutta la ghiandola, oppure nei casi di carcinoma. Consiste nell'asportazione dell'intera tiroide. Talora vengono mantenuti minimi residui per motivi di tattica chirurgica (tiroidectomia subtotale).
- Re-interventi di totalizzazione: sono legati alla necessità di asportare in maniera completa ghiandole ingrossatesi o degenerate dopo essere già state sottoposte ad intervento (di solito in epoca remota) per la rimozione di singoli noduli o porzioni ghiandolari. Tali re-interventi risultano spesso ben più complessi della procedura iniziale "in terreno vergine" in rapporto alla presenza di tessuto cicatriziale e quindi di aderenze con le strutture delicate del collo.
- La linfadenectomia del comparto centrale, ovvero della regione circostante la tiroide: viene eseguita in concomitanza della tiroidectomia nei casi in cui ci sia un problema di neoplasia accertata od anche un sospetto della medesima, od infine qualora si riconoscono linfonodi ingrossati di aspetto patologico. Ha sia un significato diagnostico che un possibile valore curativo.
- La linfadenectomia latero-cervicale (escissione dei linfonodi della regione antero-laterale del collo) è un'ulteriore asportazione delle catene linfoghiandolari delle ragioni laterali del collo; tali procedure vengono eseguite soltanto su una diagnosi già accertata di diffusione del carcinoma alle ghiandole medesime, avendo l'intento di rimuovere in un tempo unico ed in maniera sistematica tutte le stazioni del distretto laterale, procedura resa particolarmente complessa dalla presenza in tale sede di vasi sanguigni / linfatici e di nervi, tutti di primaria importanza e quindi da salvaguardare con meticolosa attenzione).

Alcuni di questi interventi possono essere eseguiti anche con tecniche mini-invasive attraverso procedure video-assistite (piccole incisioni, uso di strumenti sottili, guida di una microtelecamera con trasmissione su video-monitor). E' realizzabile in casi selezionati ed offre alcuni vantaggi (soprattutto estetici) per il/la paziente.

*Con quale frequenza si svolgono tali interventi?*

Presso il nostro centro negli ultimi 5 anni sono stati realizzati oltre 1000 interventi sulla tiroide.

*Come si vive senza la tiroide?*

Si può vivere in maniera del tutto normale. Va assunta quotidianamente una terapia farmacologica sostitutiva a base di Levo-tiroxina , di facile gestione e con limitata necessità di riaggiustamenti , essendo la dose correlata al peso corporeo priva di effetti collaterali.

*Complicanze.*

Se eseguita da chirurghi esperti la tiroidectomia totale è gravata da complicanze in meno del 3% dei casi. I problemi che possono verificarsi consistono in :

- emorragia post-operatoria: trattasi di eventi rari; possono richiedere un re-intervento d'urgenza per l'evacuazione dell'ematoma e per il controllo della fonte di sanguinamento; raramente comportano il ricorso ad emotrasfusioni.
  - ipoparatiroidismo post-operatorio, transitorio o definitivo; è legato ad un possibile risentimento temporaneo o permanente delle paratiroidi con riduzione della loro produzione di Paratormone e quindi abbassamento conseguente del tasso ematico di Calcio (ipocalcemia). Vi si deve far fronte con la somministrazione compensatoria di preparati supplementari di Calcio ed eventualmente di vitamina D, fino a che si normalizzi la produzione di Paratormone.
  - disfunzioni del nervo ricorrente (transitorie o definitive in caso di durata della disfonia superiore ai 6 mesi), non necessariamente legate ad un danno anatomico del nervo stesso, anzi più spesso legate ad un disturbo funzionale: l'alterazione conseguente della voce (disfonia, secondo varie tipologie) può andare incontro ad un recupero spontaneo oppure richiedere una riabilitazione foniatrica attraverso la rieducazione logopedica. Il giudizio dello specialista otorinolaringoiatra in fase pre- e post-operatoria è fondamentale per far fronte al meglio ad evenienze di questo tipo.
  - infine infezioni della ferita chirurgica, raccolte fluide, ispessimenti o retrazioni cicatriziali.
-