

FOGLIO INFORMATIVO PER GLI INTERVENTI SULLA TIROIDE

Gentile Signore / Signora.

Gli accertamenti cui si è sottoposto/a hanno evidenziato la presenza di una malattia della tiroide. Per diverse patologie tiroidee è indicato il trattamento chirurgico. Tra queste si hanno condizioni:

- un ingrossamento della ghiandola – gozzo – con compressione della trachea;
- un ipertiroidismo, cioè eccessiva produzione di ormone tiroideo (adenoma tossico, morbo di Basedow, gozzo iperfunzionante);
- presenza di uno o più noduli benigni o neoformazioni maligne.

In questi casi l'intervento rappresenta il trattamento principale al fine di ottenere la guarigione o il controllo della malattia. Opzioni alternative, quali l'attesa o il ricorso a cure mediche, non offrono equivalenti garanzie di risultato.

In rapporto al tipo ed alla sede della lesione, l'intervento richiede soluzioni chirurgiche differenti:

- asportazione di una metà della ghiandola (Emitiroidectomia Dx o Sin);
- rimozione di tutta la ghiandola o quasi tutta (Tiroidectomia Totale o Subtotale);
- per le neoplasie maligne con metastasi linfonodali già note, un intervento esteso alle ghiandole linfatiche del collo (svuotamenti latero-cervicali).

L'intervento viene eseguito in anestesia generale, procedura per la quale Lei riceverà informazioni direttamente dal Medico Anestesista.

Prima o durante l'intervento si applicano una sonda per infusioni venose, un catetere vescicale, un sondino naso-gastrico. L'intervento viene eseguito attraverso un'incisione alla base del collo. Solo per un gozzo che scenda all'interno del torace, può esserci – anche se raramente – la necessità di aprire parzialmente lo sterno. Al termine vengono applicati dei tubicini di drenaggio, per la cui rimozione bisogna attendere uno o due giorni, salvo complicazioni che richiedano di prolungarne il mantenimento. Può rendersi necessario nel post-operatorio un periodo variabile di ricovero in Unità di Cure Intensive. L'alimentazione verrà ripresa gradualmente dal giorno seguente.

Dopo la convalescenza le abitudini di vita non subiranno variazioni importanti, salvo – obbligatoriamente e per tutta la vita – l'assunzione del farmaco sostitutivo della tiroide nei casi di tiroidectomia totale (comprese contenenti l'ormone tiroideo nella dose sufficiente al bisogno giornaliero).

Le procedure chirurgiche a carico della TIROIDE, pur realizzate con tecnica rigorosa, non sono prive di rischi: oltre alle **complicanze generiche** proprie di tutti gli interventi (es. infezione della ferita chirurgica, ecc.), ed a quelle relative all'anestesia, si segnalano anche delle **complicanze specifiche** per questo tipo di interventi:

- emorragia post-operatoria, in meno dello 0,5% dei casi. In genere è di entità moderata (quasi mai vi è necessità di trasfusioni di sangue) ma, provocando un rigonfiamento del collo, può richiedere un intervento di revisione chirurgica precoce;
- alterazione della voce (disfonia, voce bitonale, voce in falsetto, faticabilità della voce) conseguente a disfunzione di un Nervo Laringeo con paralisi di una corda vocale. Si verifica in meno dell'1% dei casi operati. Quasi sempre è temporanea (guarigione spontanea o con l'ausilio di una riabilitazione logopedica). Rari i casi ad esito definitivo. Rarissime sono le disfunzioni bilaterali con difficoltà respiratorie maggiori (fino a poter richiedere la creazione di una tracheostomia od interventi sulle corde vocali);
- abbassamento dei valori di Calcio nel sangue (Ipocalcemia) da disfunzione delle Paratiroidi. Si verifica nel 3-4% dei casi, è solitamente transitoria, ma esistono casi ad esito permanente. Mantenere un corretto equilibrio di Calcio nel sangue è importante per tante delicate funzioni. Bisogna quindi compensarne un eventuale difetto post-operatorio con l'assunzione di dosi supplementari di Calcio ed eventualmente anche di Vitamina D. Questo fino a che si verifichi un ritorno alla normalità dei dosaggi di Calcio e PTH nel sangue;
- negli svuotamenti latero-cervicali possono verificarsi complicanze legate a numerosi nervi e vasi (con possibili effetti su muscoli del dorso, della deglutizione, del diaframma, del braccio);
- ispessimenti della cicatrice del collo (cheloidi) con caratteristiche di inestetismi.

Si tratta di complicanze rare. Alcune sono suscettibili di correzione o miglioramento con delle terapie mediche. Talvolta possono richiedere una nuova procedura chirurgica. Raramente ne derivano degli esiti permanenti a carattere invalidante. Per questo tipo di interventi il rischio di morte intra-operatorio risulta inferiore allo 0,01% e le cause principali sono l'infarto miocardico acuto e l'embolia polmonare.

Nei casi di neoplasie maligne, le aspettative di vita (prognosi) dopo la tiroidectomia totale sono solitamente buone. Può tuttavia essere utile far seguire all'intervento la rivalutazione con una scintigrafia tiroidea ed eventualmente una cura radiometabolica (con iodio radioattivo). Tale decisione viene solitamente presa in accordo con il Medico Endocrinologo.

Su ogni restante quesito il Chirurgo potrà fornirle ulteriori delucidazioni.

Data, _____

Firma per presa visione _____

Copia da restituire firmata al Medico di Reparto, insieme alla Dichiarazione di Consenso Informato.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO AL TRATTAMENTO MEDICO-CHIRURGICO

Io sottoscritto/a _____,

dopo aver discusso della mia condizione clinica con il medico, Dr. _____,

dichiaro di essere stato informato **in modo chiaro ed a me comprensibile** che per la patologia riscontratami _____,

si rende necessario:

eseguire ulteriori Accertamenti Diagnostici: _____

iniziare una Terapia Medica: _____

sottopormi ad Intervento Chirurgico: _____

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito agli accertamenti ed alle cure propostemi, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è la possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico dei rischi specificamente connessi con la situazione che mi riguarda ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati.

Dichiaro quindi che, di quanto propostomi, ho ben inteso gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e le possibili menomazioni derivanti.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto, sicuro/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

acconsento

non acconsento

al trattamento propostomi (segnare la voce prescelta).

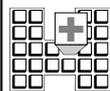
Sono a conoscenza del fatto che, di fronte ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le eventuali complicanze.

Data, _____

Firma _____

Genitore / Esercente la potestà / Tutore di _____

Il Medico, Dr. _____



FOGLIO INFORMATIVO PER GLI INTERVENTI SULLA TIROIDE

Gentile Signore / Signora.

Gli accertamenti cui si è sottoposto/a hanno evidenziato la presenza di una malattia della tiroide. Per diverse patologie tiroidee è indicato il trattamento chirurgico. Tra queste si hanno condizioni:

- un ingrossamento della ghiandola – gozzo – con compressione della trachea;
- un ipertiroidismo, cioè eccessiva produzione di ormone tiroideo (adenoma tossico, morbo di Basedow, gozzo iperfunzionante);
- presenza di uno o più noduli benigni o neoformazioni maligne.

In questi casi l'intervento rappresenta il trattamento principale al fine di ottenere la guarigione o il controllo della malattia. Opzioni alternative, quali l'attesa o il ricorso a cure mediche, non offrono equivalenti garanzie di risultato.

In rapporto al tipo ed alla sede della lesione, l'intervento richiede soluzioni chirurgiche differenti:

- asportazione di una metà della ghiandola (Emitiroidectomia Dx o Sin);
- rimozione di tutta la ghiandola o quasi tutta (Tiroidectomia Totale o Subtotale);
- per le neoplasie maligne con metastasi linfonodali già note, un intervento esteso alle ghiandole linfatiche del collo (svuotamenti latero-cervicali).

L'intervento viene eseguito in anestesia generale, procedura per la quale Lei riceverà informazioni direttamente dal Medico Anestesista.

Prima o durante l'intervento si applicano una sonda per infusioni venose, un catetere vescicale, un sondino naso-gastrico. L'intervento viene eseguito attraverso un'incisione alla base del collo. Solo per un gozzo che scenda all'interno del torace, può esserci – anche se raramente – la necessità di aprire parzialmente lo sterno. Al termine vengono applicati dei tubicini di drenaggio, per la cui rimozione bisogna attendere uno o due giorni, salvo complicazioni che richiedano di prolungarne il mantenimento. Può rendersi necessario nel post-operatorio un periodo variabile di ricovero in Unità di Cure Intensive. L'alimentazione verrà ripresa gradualmente dal giorno seguente.

Dopo la convalescenza le abitudini di vita non subiranno variazioni importanti, salvo – obbligatoriamente e per tutta la vita – l'assunzione del farmaco sostitutivo della tiroide nei casi di tiroidectomia totale (compresse contenenti l'ormone tiroideo nella dose sufficiente al bisogno giornaliero).

Le procedure chirurgiche a carico della TIROIDE, pur realizzate con tecnica rigorosa, non sono prive di rischi: oltre alle **complicanze generiche** proprie di tutti gli interventi (es. infezione della ferita chirurgica, ecc.), ed a quelle relative all'anestesia, si segnalano anche delle **complicanze specifiche** per questo tipo di interventi:

- emorragia post-operatoria, in meno dello 0,5% dei casi. In genere è di entità moderata (quasi mai vi è necessità di trasfusioni di sangue) ma, provocando un rigonfiamento del collo, può richiedere un intervento di revisione chirurgica precoce;
- alterazione della voce (disfonia, voce bitonale, voce in falsetto, faticabilità della voce) conseguente a disfunzione di un Nervo Laringeo con paralisi di una corda vocale. Si verifica in meno dell'1% dei casi operati. Quasi sempre è temporanea (guarigione spontanea o con l'ausilio di una riabilitazione logopedica). Rari i casi ad esito definitivo. Rarissime sono le disfunzioni bilaterali con difficoltà respiratorie maggiori (fino a poter richiedere la creazione di una tracheostomia od interventi sulle corde vocali);
- abbassamento dei valori di Calcio nel sangue (Ipocalcemia) da disfunzione delle Paratiroidi. Si verifica nel 3-4% dei casi, è solitamente transitoria, ma esistono casi ad esito permanente. Mantenere un corretto equilibrio di Calcio nel sangue è importante per tante delicate funzioni. Bisogna quindi compensarne un eventuale difetto post-operatorio con l'assunzione di dosi supplementari di Calcio ed eventualmente anche di Vitamina D. Questo fino a che si verifichi un ritorno alla normalità dei dosaggi di Calcio e PTH nel sangue;
- negli svuotamenti latero-cervicali possono verificarsi complicanze legate a numerosi nervi e vasi (con possibili effetti su muscoli del dorso, della deglutizione, del diaframma, del braccio);
- ispessimenti della cicatrice del collo (cheloidi) con caratteristiche di inestetismi.

Si tratta di complicanze rare. Alcune sono suscettibili di correzione o miglioramento con delle terapie mediche. Talvolta possono richiedere una nuova procedura chirurgica. Raramente ne derivano degli esiti permanenti a carattere invalidante. Per questo tipo di interventi il rischio di morte intra-operatorio risulta inferiore allo 0,01% e le cause principali sono l'infarto miocardico acuto e l'embolia polmonare.

Nei casi di neoplasie maligne, le aspettative di vita (prognosi) dopo la tiroidectomia totale sono solitamente buone. Può tuttavia essere utile far seguire all'intervento la rivalutazione con una scintigrafia tiroidea ed eventualmente una cura radiometabolica (con iodio radioattivo). Tale decisione viene solitamente presa in accordo con il Medico Endocrinologo.

Su ogni restante quesito il Chirurgo potrà fornirle ulteriori delucidazioni.

Copia per il Paziente.