



## Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a interventi chirurgici per *patologia tiroidea*



### Informazioni generali

Il trattamento chirurgico è indicato nei casi di alterazioni della funzionalità tiroidea che comportino un aumento di volume della ghiandola (con disturbi compressivi su organi vicini o danno estetico) o non siano curabili con terapia medica e per le neoplasie (benigne e maligne).

In particolare, le malattie che colpiscono la tiroide con maggior frequenza sono:

- il gozzo semplice (uni o multi-nodulare);
- il gozzo tossico (uni o multi-nodulare);
- il gozzo tossico diffuso (morbo di Basedow);
- gli adenomi normofunzionanti;
- gli adenomi iperfunzionanti o tossici (adenoma di Plummer);
- i carcinomi.

Per **gozzo semplice** (o **struma**) si intende l'aumento di volume della tiroide causato da un'alterazione della funzionalità della ghiandola, ma con normali valori ematici di ormoni tiroidei.

Il gozzo si manifesta inizialmente come una tumefazione asintomatica alla base del collo. A causa del progressivo aumento di volume, possono comparire **sintomi da compressione**: senso di massa al collo, difficoltà respiratorie, tosse, problemi di deglutizione, modificazioni del tono della voce. È rara la comparsa di dolore, generalmente legato a fenomeni emorragici.

Qualora nel contesto del gozzo siano presenti noduli che producono un eccesso di ormoni tiroidei (**gozzo uni-multinodulare tossico**), compaiono sintomi da iperfunzione tiroidea: tremore, insonnia, dimagrimento, tachicardia e altre alterazioni del ritmo cardiaco fino alla fibrillazione atriale (= *tachiaritmia cardiaca*).

In alcuni casi il gozzo può aumentare di volume, tendendo a svilupparsi dietro lo sterno (**gozzo retrosternale**), con disturbi compressivi che complicano il trattamento chirurgico. La **terapia** è inizialmente **di tipo farmacologico** (ormoni tiroidei in caso di normo- e ipofunzione, farmaci anti-tiroidei in caso di iperfunzione).

Il trattamento chirurgico è indicato nel caso di insuccesso della terapia medica: aumento di volume (con sintomi da compressione) o recidiva (= *ricaduta*) di malattia. Nell'ambito di un gozzo multinodulare (cioè composto da più noduli) è possibile che si sviluppi un carcinoma della tiroide, spesso asintomatico (carcinoma occulto): il disturbo, cioè, non presenta sintomi.

L'intervento consiste nell'asportazione della porzione di ghiandola tiroidea interessata dalla malattia e può consistere in **lobectomia** (asportazione di un solo lobo tiroideo), **tiroidectomia "quasi-totale"** (mantenimento di una porzione della parete posteriore della ghiandola) o **tiroidectomia totale** (asportazione completa della tiroide). La tiroidectomia totale richiede sempre una "terapia sostitutiva", vale a dire l'assunzione a vita di ormone tiroideo (la terapia farmacologica si assume per bocca ed è ben tollerata dalla totalità dei Pazienti); quando viene risparmiata una parte di ghiandola per alcuni Pazienti è possibile mantenere uno stato di "eutiroidismo" (funzionamento normale della tiroide), senza assumere ormone tiroideo. Tuttavia esiste la possibilità di recidiva di malattia che può richiedere, a distanza di tempo un nuovo intervento: questo rischio è pressoché nullo con la tiroidectomia totale.

Il **gozzo tossico diffuso (morbo di Basedow)** è una malattia a origine autoimmune: l'organismo produce anticorpi contro la propria tiroide. Anche in questo caso può manifestarsi un aumento di volume della ghiandola, ma generalmente i sintomi





predominanti sono quelli da iperfunzione tiroidea (tremore, insonnia e tachicardia) associati talvolta a una caratteristica alterazione oculare: l'esoftalmo (= *sporgenza dei bulbi oculari*).

Il trattamento iniziale è sempre di tipo farmacologico.

La **terapia medica** (farmaci anti-tiroidei e cortisonici) è efficace nel 30-50% circa dei casi.

Le terapie ablative (chirurgica o radiometabolica, cioè con l'impiego di jodio radioattivo) vengono proposte in caso di fallimento della terapia medica, protratta per un periodo di almeno 12-18 mesi senza che sia stata ottenuta una remissione stabile. L'intervento consiste in una **tiroidectomia totale** (asportazione completa della tiroide), e richiede sempre l'assunzione di una "terapia sostitutiva" a vita.

Il gozzo nodulare tossico o **morbo di Plummer** è una forma di ipertiroidismo sostenuta da un adenoma tiroideo (unico o presente nel contesto di un gozzo) che funziona in modo autonomo, producendo ormoni tiroidei indipendentemente dalla fisiologica regolazione che il cervello esercita sulla tiroide. I sintomi sono quelli – già descritti – dell'iperfunzione tiroidea: particolarmente frequenti i disturbi del ritmo cardiaco (soprattutto fibrillazione atriale).

Il trattamento consiste nell'asportazione del lobo sede dell'adenoma (**lobectomia totale o subtotale**). Dopo l'intervento si ottiene generalmente una regressione dei sintomi cardiologici, senza necessità di alcuna terapia farmacologica.

In alternativa al trattamento chirurgico può essere proposta l'**alcolizzazione** dell'adenoma (iniezione all'interno dell'adenoma di una sostanza a base di alcol, che ne distrugge le cellule).

Questa terapia, indicata solo per adenomi di piccole dimensioni, presenta un alto rischio di ricaduta.

Gli **adenomi** normofunzionanti sono **neoplasie benigne**: si manifestano come "noduli freddi" o "isocaptanti" alla scintigrafia.

La scelta dell'intervento chirurgico deriva dalla necessità di escludere la malignità di tali neoplasie e dalla loro tendenza all'accrescimento.

Una diagnosi preoperatoria può essere eseguita mediante agobiopsia percutanea (puntura del nodulo attraverso la cute del collo). L'assenza di cellule neoplastiche maligne all'esame citologico, tuttavia, non esclude con sicurezza il sospetto di malignità: la diagnosi di certezza può avvenire soltanto con l'esame istologico del nodulo, dopo la completa asportazione chirurgica.

I **carcinomi** sono tumori maligni in quanto tendono a diffondersi al di fuori del tessuto tiroideo invadendo le altre strutture del collo e a dare metastasi a distanza (ai linfonodi del collo e agli altri organi, soprattutto ai polmoni).

Non tutti i tipi di carcinoma hanno lo stesso comportamento: la maggior parte delle neoplasie tiroidee (carcinomi papilliferi e follicolari) hanno una crescita estremamente lenta e, una volta asportata la neoplasia principale, è possibile trattare le eventuali metastasi mediante terapia "radiometabolica" con I131 (iodio radioattivo). Nei casi invece di neoplasie midollari o anaplastiche l'aggressività del tumore è estremamente maggiore e l'intervento chirurgico più difficoltoso; nel periodo postoperatorio può essere necessario eseguire radioterapia o chemioterapia.

In caso di neoplasia maligna è necessario eseguire l'asportazione completa della tiroide (tiroidectomia totale), con eventuale linfadenectomia laterocervicale (= *asportazione dei linfonodi del collo*).

Qualora sia presente un unico nodulo tiroideo, in caso di dubbio diagnostico, è possibile, una volta asportato il lobo tiroideo contenente il nodulo, eseguire immediatamente l'esame istologico mediante criostato (esame istologico "al congelatore") per valutare l'opportunità di asportare anche il lobo tiroideo controlaterale.



### Informazioni per il Paziente

Tutti gli interventi chirurgici eseguiti sulla tiroide prevedono un'incisione trasversale sulla superficie anteriore del collo (2-3 cm. al di sopra del solco giugulare); per accedere alla tiroide occorre in genere sezionare i muscoli anteriori del collo (è per questo motivo che nell'immediato post-operatorio può manifestarsi **dolore alla deglutizione**). Al termine dell'intervento viene posizionato un drenaggio (= *tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dalla sede di intervento*) che viene rimosso entro 24-48 ore; anche la rimozione dei punti di sutura avviene in tempi rapidi.

La degenza post-operatoria in genere è di 48 ore; raramente supera i 4-5 giorni.



#### Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

#### Rischi specifici

Il rischio di **emorragia post-operatoria** (talvolta così grave da richiedere un nuovo intervento) ha un'incidenza di 3-5 casi ogni 1.000 interventi.

Durante le manovre di isolamento della tiroide, per la particolare configurazione anatomica delle strutture del collo, è possibile una lesione delle paratiroidi (ghiandole che si trovano a stretto contatto o addirittura nello spessore della tiroide). Il danneggiamento di queste strutture – fondamentali per il metabolismo del calcio ematico – provoca una sindrome caratterizzata da **formicolii e crampi muscolari**: questa situazione è in genere transitoria e regredisce rapidamente con la somministrazione di calcio e vitamina D. Solo nell'1-3% dei casi si verifica un ipoparatiroidismo permanente, che necessita di terapia farmacologica a tempo indeterminato.

Con analoga incidenza può verificarsi la lesione di strutture nervose del collo (nervi laringei superiori e inferiori o ricorrenti) che regolano il movimento delle corde vocali. La sezione accidentale dei nervi laringei inferiori (o ricorrenti) è estremamente grave: se viene danneggiato uno dei due nervi compare "**disfonia**" (voce roca), mentre il danno di entrambi (destro e sinistro) provoca la paralisi completa delle corde vocali con **difficoltà respiratorie**, così gravi da richiedere la **tracheotomia** d'urgenza (= *inserimento di una cannula direttamente nella trachea, attraverso un'incisione al collo, per consentire l'afflusso di aria ai polmoni*). La lesione dei nervi laringei superiori provoca invece un cambiamento del tono della voce, rendendo impossibile l'emissione di suoni ad alta tonalità.

L'ipotiroidismo post-operatorio non è da considerarsi complicanza: l'asportazione della tiroide (peraltro già malata prima dell'intervento) richiede infatti quasi sempre una terapia di appoggio con ormoni tiroidei. In caso di tiroidectomia totale, la terapia è "sostitutiva", poiché l'organismo non produce più gli ormoni tiroidei; qualora non venga completamente asportata la ghiandola tiroidea (in caso di lobectomia o tiroidectomia subtotali) il trattamento farmacologico ha lo scopo di "mettere a riposo" la tiroide residua (malfunzionante), evitando la recidiva della malattia.

La cicatrice al collo in genere tende a essere poco visibile nel tempo. È normale per qualche settimana dopo l'intervento che la cute si presenti un po' gonfia e arrossata: questo fenomeno è dovuto alla cicatrizzazione dei tessuti e al riassorbimento dei punti interni. Si raccomanda di non prendere sole sulla ferita nei primi sei mesi dopo l'intervento.