



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Tiroidectomia



IEO

Booklets

Una guida per i pazienti

Lo IEO pubblica una collana di Booklets al fine di aiutare il paziente a gestire eventuali problematiche (quali ad esempio le terapie svolte, l'alimentazione da seguire, gli esercizi di riabilitazione ecc.) a cui può andare incontro sia durante il periodo di ricovero che a seguito della dimissione.

Questa guida è stata concepita come un utile strumento per fornire ai pazienti e ai loro familiari tutte le informazioni esplicative e le indicazioni operative di cui hanno bisogno.

Nella speranza che possa essere d'aiuto
Le ricordo che le informazioni qui contenute non possono certo sostituire il colloquio diretto e La invitiamo a richiedere liberamente e senza timore ogni eventuale chiarimento al personale medico ed infermieristico del Reparto.

Direttore Sanitario



Premessa

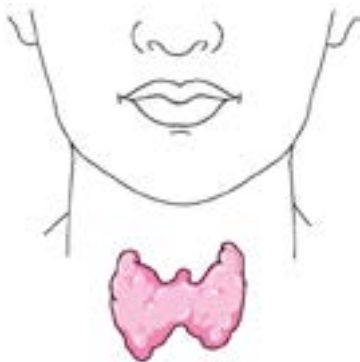
Gentile Signore/a, questa guida rientra nel piano di cura a Lei indicato dai suoi medici referenti: ha lo scopo di metterLa a conoscenza dei particolari dell'intervento, delle complicanze e dei rischi legati alla procedura, delle fasi più importanti della degenza post-operatoria. Riteniamo sia importante che lei la legga prima di dare il consenso all'intervento. Le informazioni che vi sono contenute hanno lo scopo di aiutarLa a decidere in modo consapevole se sottoporsi o meno all'intervento. Tali informazioni sono tratte dai modelli elaborati dalla Società Italiana di Otorinolaringoiatria. Resta inteso che potrà chiedere al Suo medico di riferimento ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe.

Intervento chirurgico

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di emitiroidectomia oppure di tiroidectomia totale.

È importante che riferisca al chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti con se al momento del ricovero tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).



Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'intervento è quello di eseguire l'asportazione parziale o totale della ghiandola tiroide.

La tiroide è la ghiandola situata nella porzione antero inferiore del collo.

È una ghiandola endocrina che produce ormoni che riversa direttamente nel circolo sanguigno.

I suoi ormoni sono fondamentali per la regolazione metabolica cellulare.

Il motivo che rende necessario l'intervento è:

- asportare una ghiandola tiroidea di volume aumentato (gozzo o struma)
- asportare una neoplasia maligna o sospetta già accertata citologicamente prima dell'intervento
- asportare una ghiandola che presenta un alterato funzionamento (ipertiroidismo), che non può più essere tenuto sotto controllo con il trattamento medico.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento si svolge di norma in anestesia generale.

È pertanto indispensabile la valutazione anestesiologicala



preoperatoria. Il medico anestesista risponderà a tutte le Sue domande relative all'anestesia.

L'intervento viene effettuato mediante un'incisione cutanea a livello della parte antero-inferiore del collo. La lunghezza dell'incisione sarà in funzione della grandezza della ghiandola da asportare e della difficoltà dell'intervento.

I possibili interventi di cui ha discusso con il chirurgo sono i seguenti:

- Istmectomia: incisione cutanea di 2-4 cm e asportazione della parte centrale (istmo) della tiroide nella quale è contenuta la lesione;
- Emitiroidectomia (asportazione di metà tiroide) con o senza linfadenectomia ricorrentiale;
- Tiroidectomia totale con o senza linfadenectomia ricorrentiale.

Talora, per lesioni molto piccole (volume inferiore ai 30 ml) gli interventi possono essere eseguiti con tecnica MINET o MIVAT:

- MINET (Tiroidectomia mini invasiva non endoscopica) incisione cutanea compresa tra 2.5 e 3.5 cm;
- MIVAT (mini invasive video assisted thyroidectomy): incisione in genere inferiore a 2.5 cm, intervento eseguito con l'ausilio di ottiche video di ingrandimento.
- In caso di patologia maligna accertata, assieme alla tiroide verranno asportati anche i linfonodi ricorrentiali (linfonodi centrali del collo situati attorno alla ghiandola la tiroide).
- In caso di estensione della malattia a livello dei linfonodi laterocervicali sarà necessario procedere ad intervento chirurgico di linfadenectomia laterocervicale mono o bilaterale e la cicatrice sarà allungata verso il lato del collo interessato.
- Alla fine dell'intervento vengono posizionati uno o più drenaggi per evacuare i liquidi che si possono formare e che verranno rimossi nelle giornate successive all'intervento. La ferita chirurgica viene si-

gillata mediante una speciale colla acrilica che rende la ferita impermeabile ed inaccessibile ai batteri. In casi particolari la ferita è chiusa invece con altre metodiche.

La durata dell'intervento è variabile e dipende dal tipo di procedura e dalle caratteristiche anatomiche del paziente e dall'estensione della malattia.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Rischio di complicanze

Come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano), pur se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di tiroidectomia può comportare il rischio di complicanze.

Le complicanze più comuni sono:

- Emorragie ed ematomi perioperatori (nello 0,5% dei casi) che se di cospicua entità, possono determinare una compressione laringo-tracheale in grado di provocare difficoltà respiratorie e rendere necessario un re-intervento (nello 0,6% dei casi);
- Sieromi (raccolte di siero), linforragie (fuoriuscita di linfa) in regione cervicale (del collo) (nello 0,4% dei casi); possono necessitare di revisione chirurgica.
- Infezione della ferita chirurgica.



Possibili disturbi funzionali, metabolici e problemi estetici correlati all'intervento chirurgico

- Dolore a livello cervico-nucleare dovuto alla posizione intraoperatoria (iper-estensione del collo). Se necessario, può trarre giovamento da farmaci analgesici o dalla fisiochinesiterapia.
- Cicatrizzazione esuberante della cute (cicatrice ipertrofica o cheloide). Evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure a reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate.
- Ipoparatiroidismo temporaneo o permanente: ridotta funzione delle ghiandole paratiroidi (per tiroidectomia totale), a cui fa seguito l'alterazione del quantitativo di calcio nel sangue e quindi la necessità di assumere temporaneamente, o per tutta la vita, terapia a base di calcio e vitamina D. Il tasso di ipocalcemia permanente è stimato intorno al 3%.
- Dispnea (in caso di tiroidectomia totale): difficoltà respiratoria per trauma di entrambi i nervi laringei inferiori, che contraggono rapporti con i lobi tiroidei, con conseguente paralisi bilaterale delle corde vocali e difficoltà respiratorie che potrebbero comportare o il temporaneo ricovero in terapia intensiva con intubazione, per supporto respiratorio, oppure la necessità di eseguire una tracheotomia (apertura di un foro nella porzione cervicale della trachea per permettere la respirazione); la paralisi è nella maggior parte dei casi transitoria (scompare nell'arco di 12 mesi). Talvolta può essere transitoria da un lato e permanente dall'altro, comportando in tal caso una temporanea disfonia.
- Disfonia: alterazione della voce che si manifesta con voce rauca, soffiata, di falsetto o anche con

alterazioni del timbro e dell'affaticabilità vocale con difficoltà anche ad intonare il canto; possono associarsi anche difficoltà alla deglutizione. È causata dalla lesione unilaterale (in caso di asportazione di un lobo tiroideo) del nervo laringeo inferiore con conseguente paralisi della corda vocale vera omolaterale al lato operato; può essere transitoria (scompare entro un tempo massimo di un anno) o permanente e necessita di un trattamento riabilitativo. Nella nostra casistica operatoria questo disturbo è temporaneo fino al 7% dei casi e permanente fino al 1,5% dei casi.

- Lesione della branca esterna del nervo laringeo superiore con deficit motorio del muscolo cricoaritenoidico e deficit di tensione della corda vocale (corda molle) con conseguente difficoltà ad emettere toni acuti.
- Complicanze anestesilogiche (di cui parlerà con l'anestesista).

Postoperatorio

- A seguito della tiroidectomia totale il paziente dovrà assumere una terapia a base di ormone tiroideo per tutta la vita; in caso di intervento di emitiroidectomia la probabilità è poco frequente, tuttavia potrebbe rendersi necessaria una terapia integrativa a base di ormone tiroideo se l'emitiroide residua non è in grado di produrre una quantità sufficiente di ormone. La terapia ormonale dovrà essere adeguata gradualmente nel tempo dosando gli ormoni ematici del paziente (tramite prelievo di sangue).
- In caso di gravidanza l'ormone tiroideo sarà adattato alle esigenze della gestante attraverso il monitoraggio ematico dei livelli ormonali del T₃, T₄ e TSH (a cura del ginecologo curante).



- In caso di ipocalcemia il paziente dovrà assumere terapia con calcio e vitamina D, talora anche dopo la dimissione. La calcemia va poi monitorata con dei prelievi di sangue secondo le indicazioni del medico all'atto della dimissione e il valore sarà poi comunicato al medico stesso per eventuale variazione della terapia.
- In caso di disfonia viene suggerito al paziente di effettuare trattamento logopedico sotto le indicazioni della logopedista.
- Per i tumori tiroidei considerati a rischio di recidiva o localizzazione a distanza viene proposta terapia radiometabolica con Iodio radioattivo. Nei mesi successivi all'intervento viene somministrato Iodio 131 in condizioni di degenza protetta (la radioattività somministrata non è pericolosa per il paziente ma obbliga a restare in isolamento fino all'eliminazione del farmaco radioattivo). Lo Iodio si fissa alle cellule tiroidee eventualmente sopravvissute alla chirurgia distruggendole.
- Per ogni paziente verranno suggeriti controlli periodici, con schema differente secondo la diagnosi istologica e l'estensione della malattia.

I medici ed il personale infermieristico saranno comunque a disposizione per ogni chiarimento.

Segreteria Chirurgia Cervico-Facciale

T 02 57489 490

E divisione.chirurgiacervicofacciale@ieo.it

Il lunedì, martedì, giovedì e venerdì non festivi dalle ore 15.30 alle ore 16.30 un medico sarà a disposizione al seguente numero telefonico 02 57489 898.

Divisione di Chirurgia Cervico Facciale

Note

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#66



IEO Istituto Europeo di Oncologia
Via Ripamonti 435 20141 Milano

T +39 02 57489.1 F +39 02 57489.208
E info@ieo.it W www.ieo.it

A cura del
Comitato Comunicazione, Supporto ed
Educazione Sanitaria

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

*Lo IEO è accreditato
Joint Commission*

