

“TIROIDECTOMIA TOTALE: HOW DO IT”

Corso Bocciolini - D.Dall'Olio, G.Latini

L'intervento di tiroidectomia inizia con un'incisione arciforme anteriore del collo a metà dello spazio anatomico compreso fra cricoide e giugulo, della lunghezza variabile (a la demande) da circa 3 a 5 cm. Il sollevamento del lembo prevede la preservazione delle vene giugulari anteriori e dei muscoli prelaringei. Il lobo di minor dimensione viene lussato medialmente previa legatura delle afferenze venose (vene tiroidee inferiori e vena media). La legatura del peduncolo vascolare superiore viene eseguita rimanendo strettamente aderenti alla capsula per evitare la lesione accidentale del nervo laringeo superiore, che non viene sistematicamente identificato. L'intervento prosegue con la ricerca delle ghiandole paratiroidee avendo cura di legare le vene paratiroidee ed i rami terminali dell'arteria tiroidea inferiore strettamente aderenti alla capsula, onde evitare l'ipoparatiroidismo transitorio e/o permanente post-operatorio. La ricerca del nervo ricorrente viene praticata nel suo segmento distale vicino alla giunzione cricotiroidea dove il decorso è più costante ed il tratto esposto del nervo minore. Pertanto il nostro approccio chirurgico di identificazione del nervo è la ricerca al di sotto del legamento del Berry, piuttosto che la tecnica tradizionale di identificazione nel suo segmento medio-inferiore a contatto con l'arteria tiroidea inferiore. In questa fase di grande utilità è la identificazione, quando presente, del tubercolo dello Zuckerkandl: esso è un ispessimento parenchimale, di conformazione variabile, di derivazione dal corpo ultimo branchiale e rappresenta un punto di reperi fondamentale (come il "pointer" cartilagineo per la ricerca del facciale nella chirurgia parotidea). In questo tempo chirurgico possono essere di ausilio mezzi di ingrandimento ottico quali la loope (3,5 x) a fuoco fisso e il neurostimolatore per monitorare durante e alla fine dell'intervento la funzionalità del nervo ricorrente. A questo punto, prima di sezionare il legamento di Berry, è necessario identificare e legare l'arteria laringea posteriore, che decorre molto spesso parallela al ricorrente e rappresenta il vero polo vascolare inferiore. L'intervento si conclude con un'accurato controllo dell'emostasi, con posizionamento di drenaggi in aspirazione nelle logge tiroidee e sutura dei muscoli prelaringei sulla linea mediana. La sutura cutanea è rigorosamente intradermica. I risultati di tale approccio chirurgico in circa 3000 casi operati dal 1986 al 2006 sono in linea con la letteratura per quanto riguarda la lesione del nervo ricorrente (circa 1,5% di lesione monolaterale nella nostra casistica), mentre l'ipoparatiroidismo permanente risulta assai raro (2 casi).