

Indagine sul trattamento chirurgico dei noduli caldi della tiroide

S. MIANI - R. SCORZA - P. MINGAZZINI - M. ERBA

Study on the surgical treatment of autonomous hot thyroid nodules.

Between 1966 to 1982, 154 patients affected by toxic nodular goiter, either in the multinodular form or as a solitary hyperfunctioning adenoma inactivating the remaining thyroid tissue, underwent a surgical treatment at the Istituto di Patologia Chirurgica II, University of Milan.

The surgical procedure adopted to treat the multinodular toxic goiters, was always a subtotal thyroidectomy.

The autonomous thyroid adenomas were treated surgically only when they provoked total suppression of the remaining thyroid tissue or caused compression of the surrounding anatomic structures or presented at palpation a suspect picture.

Although in our opinion the most suitable procedure to treat autonomous adenomas is a simple enucleation, in many cases a subtotal lobectomy was performed, owing to the big size of the nodule.

In still other cases, a subtotal thyroidectomy was performed due to peroperative finding of cold nodules, previously not identified either by clinical examination or gamma camera scintiscans.

L'obiettivo del trattamento chirurgico del gozzo multinodulare tossico è quello di asportare tutti i noduli iperfunzionanti, in modo da ricondurre il paziente ad una condizione di eutiroidismo.

Istituto di Patologia Chirurgica II, Università di Milano.

Per la corrispondenza: Dott. S. Miani, Viale Filippetti 1, 20122 Milano.

Nell'ambito del gozzo nodulare tossico è frequente il riscontro di aree singole o multiple di tessuto tiroideo, dotate di attività funzionale autonoma, che possono produrre e liberare in eccesso tiroxina e triiodotiroxina.

Si tratta, nella maggior parte dei casi, di veri e propri adenomi capsulati, di struttura uniforme, con caratteristiche di accrescimento differenti da quelle del tessuto tiroideo adiacente.

A seconda della unicità o pluralità dei noduli e delle caratteristiche del tessuto tiroideo circostante, si possono distinguere schematicamente due tipi principali di gozzi nodulari tossici:

— la forma plurinodulare, in cui più noduli sono sparsi ed indovati in un tessuto che il più delle volte è aumentato di volume in maniera compensatoria (gozzo multinodulare);

— la forma di adenoma tiroideo autonomo, in cui il parenchima circostante il nodulo è atto ad una normale funzione e può essere ipotrofico, qualora il nodulo autonomo sia iperfunzionante al punto da inibire il restante parenchima.

La scelta del tipo di intervento da eseguire è tuttora oggetto di discussioni. Scopo di questo studio è l'esposizione delle indicazioni alla terapia chirurgica del gozzo nodulare tossico, e delle motivazioni che ci hanno indotto a tattiche chirurgiche differenti, e l'analisi dei risultati a distanza.

Materiale e metodi

Negli anni intercorsi dal 1966 ad oggi sono stati sottoposti ad intervento chirurgico presso l'Istituto di Patologia Chirurgica II dell'Università di Milano (Padiglione Zonda), 544 pazienti affetti da tireopatia.

Abbiamo analizzato in sede retrospettiva un totale di 517 pazienti, perché la documentazione in nostro possesso, relativa ai rimanenti casi ci sembrava insufficiente.

I dati relativi alla casistica globale presa in esame (sesso e patologia tiroidea) sono esposti nella tabella I.

TABELLA I.

Tireopatie osservate:	♂	♀	Totale
Gozzo nodulare tossico	10	144	154
Gozzo diffuso tossico	2	10	12
Gozzo diffuso non tossico	5	14	19
Gozzo nodulare non tossico	43	233	276
Carcinomi	6	24	30
Tiroiditi	0	6	6
Cisti	6	14	20
Totale	72	445	517

Tutti i 517 pazienti del presente studio sono stati richiamati per un controllo della funzionalità del tessuto tiroideo residuo; al controllo si sono presentati 148 paz. corrispondenti a circa il 30% dei casi.

In tutti è stato eseguito, a varia distanza dall'intervento (da 1 a 10 anni) il dosaggio radioimmunologico, in condizioni basali, della T_4 e della T_3 e dell' FT_4 ed FT_3 ; inoltre nei casi in cui si è reso necessario uno studio più accurato, si è effettuato il dosaggio radioimmunologico del TSH in condizioni basali, e la determinazione della curva tirotropinica dopo carico di TRH.

169 pazienti erano giunti al nostro Reparto per uno stato di ipertiroidismo; di questi 154 erano portatori di gozzo nodulare tossico. 72 presentavano adenomi autonomi inibenti, 71 gozzi multinodulari iperfunzionanti, 11 erano costituiti da adenomi nodulari isofissanti.

Netto è nella nostra casistica, conformemente a quanto riportato in maniera univoca in letteratura, il riscontro di una predominanza del sesso femminile (i maschi rappresentano il 16,2% della casistica globale, ma se consideriamo solo i gozzi nodulari tossici tale percentuale scende al 6,9%).

Per quanto riguarda l'età di maggiore incidenza delle tireopatie iperfunzionanti, si osserva nella nostra casistica che essa è massima nella quinta decade (30% circa nei gozzi nodulari tossici) mentre la III, la IV e la VI decade non mostrano significative differenze di incidenza (18,2, 15,6, 21,4% rispettivamente: vedi tab. II).

TABELLA II.

Gozzo nodulare tossico (154 casi: 10 ♂ - 144 ♀).

Età in decadi	II	III	IV	V	VI	VII	Totale
Gozzo multinodulare tossico	2	15	14	23	12	5	72
Adenoma autonomo iperfunzionante	4	10	8	22	18	10	71
Adenoma nodulare isofissante	1	3	2	1	3	1	11

Per quanto riguarda il tipo di intervento, un'alta percentuale di tiroidectomie subtotali è stata da noi eseguita in caso di gozzi multinodulari tossici, mentre negli adenomi iperfunzionanti si è spesso proceduto ad una resezione monolobare o ad una enucleoresezione (tab. III).

L'incidenza delle varie complicanze postoperatorie immediate è stata valutata in rapporto ai vari tipi di intervento effettuati. Abbiamo inteso come complicanze postoperatorie immediate quelle verificatesi intraoperatoriamente o nel decorso postoperatorio, fino alla dimissione del paziente.

TABELLA III.

Trattamento dei gozzi nodulari tossici (Totale casi 154).

	Tiroidectomia subtotale	Emitiroidectomia	Enucleoesezione	Totale
Gozzo multinodulare tossico	64	7	0	71
Adenoma autonomo iperfunzionante	21	31	20	72
Adenoma nodulo isofissante	5	4	2	11

La complicanza più frequente, anche se generalmente risoltasi in pochi giorni, è stata la flogosi della ferita.

La massima incidenza è stata riscontrata dopo tiroidectomia subtotale (9 pazienti pari al 10%) mentre nelle emitiroidectomie risulta essere del 2,4%.

Non abbiamo riscontrato importanti ematomi della loggia, e ciò riteniamo sia da porsi in relazione alla pratica routinaria dei drenaggi aspirativi.

In 2 casi di pazienti sottoposti a tiroidectomia subtotale per gozzo nodulare tossico, si è verificata una paresi ricorrente monolaterale.

Insufficienza paratiroidea transitoria è stata dimostrata in un caso di tiroidectomia subtotale per gozzo nodulare tossico.

In un altro caso di tiroidectomia subtotale per gozzo nodulare tossico si sono manifestati, nel periodo postoperatorio, sintomi allarmanti di crisi ipertireosica (iperpiressia e tachicardia), regrediti dopo trattamento con beta bloccanti.

E' probabile che una non adeguata preparazione preoperatoria con farmaci antitiroidei sia da ritenersi responsabile di questa complicanza.

Per quanto concerne le complicanze tardive, 2 pazienti, controllati a distanza dall'intervento (un gozzo multinodulare sottoposto a tiroidectomia subtotale ed un adenoma tossico sottoposto ad emitiroidectomia) presentavano valori di T_4 e di T_3 ai limiti inferiori della norma, ma il successivo dosaggio del TSH basale e dopo stimolazione con TRH, ha evidenziato la condizione ipotiroidica.

Discussione

Tra le forme di gozzo nodulare tossico sono compresi sia i gozzi plurinodulari tossici, sia gli adenomi iperfunzionanti scintigraficamente, con inibizione del restante parenchima, sia gli adenomi isofissanti, con possibile evoluzione in 2-10 anni in noduli autonomi iperfunzionanti (Hamburger 2, Proye 5).

Nell'ambito di questa patologia, la scelta del tipo di intervento da eseguirsi è tuttora oggetto di discussione.

L'indicazione operatoria per i gozzi plurinodulari va generalmente posta nei termini di una tiroidectomia subtotale, mentre per quanto riguarda gli adenomi autonomi, il nostro orientamento attuale è di sottoporre ad intervento solo i casi che dimostrano una completa inibizione del parenchima extra-nodulare (e ovviamente, assenza di risposta del TSH al TRH), compresi quei casi che presentano ancora valori normali di ormoni tiroidei totali, ma in cui la quota libera degli stessi era elevata.

TABELLA IV.

Complicanze in relazione al tipo di intervento.

	Tiroidectomia subtotale	Emitiroidectomia	Enucleoesezione	Totale
	90	42	22	154
Flogosi della ferita	9	1	Ø	10
Paresi ricorrente monolaterale	2	0	0	2
Ipoparatiroidismo	1	0	0	1
Crisi tireotossica	1	0	0	1
Ipotiroidismo tardivo	1	1	0	2

Tuttavia anche adenomi tiroidei autonomi che abbiano un parenchima extranodulare normocaptante vanno operati quando siano costituiti da nodularità determinanti compressione delle strutture anatomiche circostanti o presentino un quadro palpatorio sospetto; tutti gli altri andrebbero, a nostro avviso, seguiti con controlli periodici della funzionalità tiroidea ed operati solo quando compare il quadro clinico dell'ipertiroidismo.

Per quanto negli adenomi autonomi l'incisione chirurgica consista elettivamente nella semplice enucleazione, ciò non è sempre realizzabile in pratica, sia perché in alcuni casi la grandezza del nodulo da asportare rende più semplice la lobectomia subtotale (Eyre-Brook 1), sia perché in altri casi, durante l'intervento, il reperto operatorio di noduli freddi nel lobo controlaterale, non identificati preventivamente all'esame clinico né all'indagine scintigrafica, portano ad eseguire una tiroidectomia subtotale.

Il monitoraggio postoperatorio degli ormoni tiroidei « liberi » permette di evidenziare una fase di ipotiroidismo secondario al blocco ipofisario della secrezione di TSH. Questo blocco può persistere a lungo (anche 6 mesi) e può indurre ad errori diagnostici nel senso di considerare questa situazione transitoria come definitiva, con conseguente inutile terapia sostitutiva.

Conclusioni

Il trattamento chirurgico del gozzo nodulare tossico può essere oggi considerato un trattamento efficace e privo di rischi sia nelle forme con nodulo unico che in quelle plurinodulari in cui sono presenti aree distinte di iperattività, con una concomitante

soppressione della funzione nel parenchima tiroideo normale.

Nella nostra esperienza abbiamo riscontrato due casi di paresi ricorrente monolaterale ed un caso di insufficienza paratiroidea transitoria.

Anche la possibilità di una situazione di ipotiroidismo stabile postoperatorio è molto ridotta (2 casi di ipotiroidismo subclinico su 34 controllati a distanza).

A fronte della possibilità di queste complicanze stanno numerosi vantaggi della terapia chirurgica quali:

- la rapida efficacia della terapia;
- la guarigione del processo morboso;
- un sicuro controllo istologico in soggetti in cui la possibilità di un carcinoma tiroideo è abbastanza elevata ^{3 4 6 7}.

BIBLIOGRAFIA

1. Eyre-Brook I. A., Talbot C. H.: *The treatment of autonomous functioning thyroid nodules*. Br. J. Surg., 69, 577, 1982.
2. Hamburger J. I.: *Evolution of toxicity in solitary non toxic autonomously functioning thyroid nodules*. J. Clin. Endocrin. Metab., 50, 1089, 1980.
3. Hamburger J. I.: *Solitary autonomously functioning thyroid lesions*. Am. J. Med., 58, 740, 1975.
4. Hamilton C. R., Maloof F.: *Unusual types of hyperthyroidism*. Medicine, 52, 195, 1973.
5. Proye C., Lagache G., Patoir A. et al.: *Le nodule thyroïdien hyperfixant et extinctif*.
6. Sanfelippo P. M., Behars O. H., Mc Conahey W. M. et al.: *Indications for thyroidectomy*. Mayo Clin. Proc., 48, 269, 1973.
7. Scorza R., Miani S., Dell'Acqua M. V.: *Considerazioni su tre casi di carcinoma tiroideo in tiroide ipercaptanti*. L'Ospedale Maggiore, 74 (2), 1979.