

# SIMPOSIO EDITORIALE “UP TO DATE IN CHIRURGIA DELLE PARATIROIDI”



*Ann. Ital. Chir., LXXIV, 4, 2003*

## Introduzione Simposio Editoriale

Prof. G. FAVIA, *Guest Editor, Università di Padova, Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche, Sezione di Endocrinochirurgia.*

Pochi settori della chirurgia hanno assistito negli ultimi anni ad un cambiamento così sostanziale e rapido dell'approccio chirurgico come quello che si è verificato nell'ambito delle tecniche operatorie per la correzione dell'iperparatiroidismo. Negli ultimi 6-7 anni, infatti, l'approccio al paziente iperparatiroideo ha visto il sorgere e l'applicazione di un numero via via crescente di soluzioni tecniche in grado di offrire al chirurgo ed al paziente un ventaglio di possibilità fra le quali scegliere la metodica più adatta al singolo caso.

La chirurgia mininvasiva, che solo 10 anni fa sarebbe stata considerata una bestialità, così come veniva ritenuta quasi sacrilega, ancorché antichirurgica, qualunque tecnica che non esplorasse completamente e bilateralmente il collo alla ricerca di tutte le paratiroidi, è invece diventata in questo ambito la soluzione di scelta. Queste procedure, infatti, hanno consentito un approccio più rapido e meno traumatico ad una patologia in continuo aumento, portando il bisturi in maniera mirata solo sulla ghiandola malata. Tutto ciò, naturalmente, con una riduzione dei tempi d'intervento, un risparmio di energie ed un ulteriore accorciamento della degenza in alcuni casi, oltre ad una migliore compliance da parte del paziente.

L'avvento di queste varianti, tuttavia, al di là del momento tecnico che le caratterizza, è stato reso possibile da

un grande progresso della diagnostica di laboratorio, ovvero dalla possibilità di determinare in maniera ultrarapida il qPTH in sala operatoria, nel corso dell'intervento chirurgico. Ciò ha permesso di stabilire, con una buona attendibilità, se l'asportazione della ghiandola malata è sufficiente per poter concludere l'intervento o, nei casi nei quali il qPTH non si abbassi oltre un certo cut-off, di avvalorare il sospetto di una patologia multighiandolare. In quest'ultimo caso valori di qPTH al di sopra del cut-off pongono la perentoria indicazione alla conversione dell'intervento mininvasivo nella classica esplorazione bilaterale del collo.

Uno dei risultati più eclatanti di tale applicazione è la drastica riduzione del numero degli interventi tradizionali, oltre, naturalmente, ai vantaggi legati alla scarsa invasività delle procedure.

La chirurgia mininvasiva si avvale di un certo numero di tecniche che vanno da quella eseguita con una piccola incisione centrale al collo con esplorazione di tutte le paratiroidi, a quella eco-assistita, radioguidata, e videoassistita, mirate all'evidenziazione di una o più paratiroidi.

Ognuna delle tecniche sopra menzionate ha precise indicazioni e va comunque impiegata dopo aver individuato preoperatoriamente la ghiandola malata. Le attuali indagini di localizzazione, peraltro, hanno notevolmente incrementato l'appropriatezza diagnostica, grazie ai note-

voli progressi della tecnologia ed al conseguente affinamento delle tecniche ecografiche e medico-nucleari, queste ultime soprattutto dopo l'avvento del MIBI. La precisa localizzazione della ghiandola malata è, infatti, condizione essenziale, ineludibile per l'impiego di tali tecniche. L'impossibilità, per contro, di evidenziare preope-

ratoriamente la ghiandola malata impone, fin dall'inizio, il ricorso alla classica esplorazione bilaterale, che potrebbe essere assistita, ove logisticamente attuabile, dalla determinazione intraoperatoria del qPTH se si desidera una ulteriore prova della completezza dell'intervento eseguito.

Prof. Gennaro FAVIA

Università degli Studi di Padova  
Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
e Gastroenterologiche  
Sezione di Endocrinochirurgia  
Via Giustiniani 2, PADOVA  
Email: gennaro.favia@unipd.it