

Il gozzo multinodulare non tossico: quale chirurgia?



Ann. Ital. Chir., LXXII, 6, 2001

G. Scerrino, G. Salamone, M.A. Farulla,
Ga. Romano, S. Salamone, G. Pompei,
G. Buscemi

Università di Palermo
Dipartimento di Chirurgia Generale d'Urgenza
Divisione di Chirurgia Generale, d'Urgenza, dei Trapianti
e dell'Uremico
Direttore: Prof. M. Romano

Introduzione

Per diversi decenni il trattamento chirurgico delle tireopatie benigne è stato improntato alla massima conservatività possibile, nell'opinione che questo atteggiamento consentisse una minore "mutilazione" ed un più basso rischio chirurgico, intendendo con questo una minore incidenza di lesioni iatrogene e complicanze peri-operatorie.

Tutto ciò nonostante già nel 1976 Perzik (1) avesse riportato una vasta esperienza di tiroideomie totali per affezioni benigne, esperienza questa ripresa nel tempo da diversi Aa. (2, 3, 4) ma mai universalmente accettata. Ancora oggi la lobectomia o la tiroideomia sub-totale sono infatti interventi frequentemente praticati: per lobectomia si intende l'asportazione di un intero lobo tiroideo sede di lesioni nodulari, asportazione che quasi sempre viene estesa all'istmo, mentre come tiroideomia sub-totale va intesa una tiroideomia con conservazione, in corrispondenza del polo inferiore del lobo sede del minor numero di lesioni, di una pasticca di parenchima del peso approssimativo di 3 - 6 gr.

Lasciando in situ una quota di parenchima funzionante si ottiene il vantaggio (ipotetico) dell'autonomia ormonale del soggetto ed una riduzione del rischio di lesioni iatrogene che, nello specifico caso della lobectomia, si riducono del 50%; tuttavia, un atteggiamento così conservativo si accompagna a non pochi svantaggi, quali:

- necessità di praticare terapia soppressiva, meno maneggevole e spesso a dosaggi prossimi alla tossicità;
- rischio di recidiva, molto elevato nelle lobectomie e non trascurabile neppure nelle tiroideomie sub-totali.

Pervenuto in Redazione il 12 Novembre 2000

Abstract

THE MULTINODULAR NON-TOXIC GOITRE: WHAT A SURGERY?

Aim of the study: Evaluation of total thyroidectomy, sub-total thyroidectomy and lobectomy in the management of multinodular non-toxic goitre.

Materials and methods: 225 patients: 101 total thyroidectomies, 64 sub-total thyroidectomies, 29 lobectomies. Hemorrhages, recurrent nerve palsies, post-operative hypocalcemia, clinical and ultrasonographic relapses, undesired effects of ormonal therapy and hypothyroidism after partial resection (considered risk factor for recurrence) have been pointed out.

Results: All three procedures showed a low incidence of recurrent nerve palsy; lobectomy didn't show post-operative hypocalcemia, that appeared respectively in 26,6% and 23% after sub-total and total thyroidectomy. Recurrence's percentage in patients followed-up, was 18,2% after lobectomy and 12,2% after sub-total thyroidectomy, but in that group we observed 46,9% of hypothyroidism (vs. 9,1% after lobectomy) and 8,6% of undesired effects of therapy. Reoperations showed inferior laryngeal palsy and post-operative hypocalcemia significantly more elevated.

Discussion: Compared to lobectomy, total thyroidectomy showed higher risk of hypoparathyroidism; compared to sub-total thyroidectomy, it showed on all occasions less incidence of complications. Endocrinological follow-up is easier after total thyroidectomy.

Conclusions: According to our results, we deem the indications for lobectomy have to be limited to the patients having solitary nodule, undoubtedly benign, without familiarity or other environmental risk factor of goitre.

Key words: Goitre, thyroidectomy.

Alla luce di tali considerazioni, nel tentativo di dare un contributo alla definizione di più precise indicazioni all'effettuazione di una delle tre opzioni possibili nella patologia tiroidea benigna multinodulare, abbiamo voluto prendere in esame la nostra esperienza sulla tematica, limitandoci all'osservazione degli ultimi 3 anni al fine di fare riferimento ad un approccio clinico-diagnostico ed a tecniche chirurgiche il più possibile standardizzati.

Materiali e metodi

Dal gennaio 1997 al dicembre 1999 sono giunti alla nostra osservazione 238 pazienti affetti da *gozzo multi-nodulare*; di questi, 13 all'esame istologico estemporaneo e/o definitivo sono risultati carcinomi ed esclusi dallo studio. Dei rimanenti 225, 146 erano donne e 79 uomini, di età compresa fra 24 e 69 anni (media 41 anni). Di questi, 31 erano gozzi recidivi. Le indicazioni all'intervento chirurgico erano date dalla presenza di uno o più dei seguenti elementi:

- inefficacia della terapia medica (progressione della malattia nonostante la somministrazione di terapia a dosi standard);
- segni di compressione (disfonia, dispnea, disfagia);
- inestetismo;
- scarsa accettazione del paziente della presenza della malattia, anche in considerazione del rischio neoplastico che essa comporta.

Tali pazienti sono stati sottoposti ad indagini clinico-strumentali, quali:

- *anamnesi*, volta ad accertare una familiarità gozzigena, precedenti irradiazioni del collo, segni clinici di alterata funzione tiroidea, tipo e durata della terapia soppressiva precedente la scelta chirurgica e relative complicanze;
- *esame obiettivo*;
- *T3, T4, TSH*;
- *ecotomografia del collo*;
- *scintigrafia tiroidea*;
- *esame citologico su ago-aspirato*;
- *Visita ORL*;
- *Calcemia 24 ore prima dell'intervento*.

I controlli post-operatori sono consistiti in:

- controllo post-operatorio della motilità delle corde vocali;
- calcemia a 24, 48 e 72 ore dall'intervento, con controlli da prolungare ulteriormente se permaneva una condizione di ipocalcemia ($\text{Ca}^{++} < 8 \text{ mg } \%$).

Nei 194 pazienti sottoposti ad intervento per gozzo multinodulare primitivo, gli interventi effettuati sono stati:

- 29 lobectomie;
- 64 tiroidectomie subtotali;
- 101 tiroidectomie totali.

Nei 31 pazienti sottoposti ad intervento per gozzo recidivo, la scelta chirurgica è stata sempre la totalizzazione. I pazienti sottoposti ad interventi parziali, lobectomia e tiroidectomia subtotale, hanno avuto la necessità, nel post-operatorio, di essere trattati con dosaggio soppressivo di ormone tiroideo: tale dosaggio si attesta su quantità di L-tiroxina di 1,5 - 2,2 mcg/Kg/die, pari a 100 -

150 mcg/die, in unica somministrazione, in un soggetto adulto. La dose ottimale di L-tiroxina è considerata quella necessaria ad ottenere una soppressione del TSH circolante con normali livelli di T3 libero: tale dose la si ricerca valutando semestralmente i livelli ormonali, ma è noto che in non pochi casi la soppressione si ottiene solo con 200 mcg/die di L-tiroxina, dosaggio al quale possono comparire sintomi da sovradosaggio.

Al contrario, il dosaggio sostitutivo di L-tiroxina nei pazienti sottoposti a tiroidectomia totale, guidato dai livelli di TSH (che deve mantenersi su livelli di circa 1 mg/ml) è inferiore, attestandosi intorno a valori di 120 mcg.

I controlli a distanza sono consistiti in:

- controllo clinico ed indagini ormonali (T3, T4, TSH a 2 settimane, 1 mese, 6 mesi dall'intervento e quindi ogni 6 mesi);
- ecotomografia a 6 mesi, 1 anno e quindi annualmente;

I dati post-operatori della casistica presi in esame sono stati i seguenti:

- incidenza di complicanze precoci:
 - emorragia;
 - paralisi ricorrenti;
 - ipocalcemia post-operatoria;
- numero di recidive, clinicamente o ecograficamente (noduli recidivi >5 mm.) evidenti;
- numero di pazienti con effetti indesiderati da ormonoterapia dopo intervento chirurgico;
- numero di pazienti con ipotiroidismo dopo resezione parziale.

Quest'ultimo dato ha valore non tanto per l'entità clinica del fenomeno, solitamente irrilevante dato che sono disponibili adeguati protocolli di trattamento tendenti a limitare ad uno stadio sub-clinico il fenomeno, quanto perché è dimostrato (5, 6) che una condizione di ipotiroidismo in presenza di un residuo parenchimale è un fattore di rischio per una futura recidiva.

Trattandosi di uno studio retrospettivo, la metodologia di comparazione ci ha imposto di limitarci a confrontare rispettivamente i risultati della lobectomia e dell'excresi sub-totale con la tiroidectomia totale. Data la ridotta ampiezza dei campioni a confronto, dopo aver descritto l'incidenza delle singole complicanze in ciascun gruppo abbiamo accorpato in due gruppi distinti il totale delle "complicanze post-operatorie" da una parte, intendendo per esse le emorragie, le paralisi ricorrenti e l'ipocalcemia post-operatoria, ed, in un altro gruppo, le recidive con l'ipotiroidismo dopo resezione parziale: ciò è giustificato poiché, come sarà più esaurientemente spiegato in seguito, il secondo effetto indesiderato può considerarsi prodromico del primo; a questo gruppo abbiamo ritenuto di poter ascrivere anche gli effetti collaterali della terapia, in quanto non è da escludere che alla loro comparsa il paziente sospenda il trattamento medi-

co esponendosi ad un rischio elevato di recidiva, o che, comunque, il trattamento venga proseguito a dosaggi insufficienti per una completa soppressione.

Risultati

Nessun decesso si è verificato nella nostra esperienza. Nei soggetti sottoposti ad intervento di lobectomia, non si è riscontrata alcuna ipocalcemia transitoria né permanente, mentre si sono riscontrate 1 paralisi ricorrente monolaterale transitoria, andata in totale remissione con gli opportuni provvedimenti del caso (pari al 3,4%); nessun caso di emorragia post-operatoria si è verificato in questo gruppo.

Nei soggetti sottoposti a tiroidectomia sub-totale, 2 pazienti (3,1%) hanno manifestato paralisi ricorrente monolaterale transitoria, mentre l'incidenza di ipocalcemia transitoria è stata del 26,6% (17 casi) ed 1 solo altro caso svelabile con la semeiologia classica (segni di Chwostek e Trousseau), pari al 1,6%. Nessun paziente ha manifestato ipocalcemia permanente. 1 paziente (1,6%) è andato incontro ad episodio di emorragia, trattata con un reintervento intorno alla VI ora nel post-operatorio ma che non ha necessitato di trasfusione.

Nei soggetti sottoposti a tiroidectomia totale, 22 casi pari al 21,8% hanno manifestato ipocalcemia transitoria, 1 caso (<1%) ipocalcemia clinicamente manifesta transitoria; nessun caso di ipocalcemia permanente è stato osservato, 1 paziente (<1%) ha accusato una paralisi ricorrente monolaterale transitoria, nessuna emorragia è stata osservata.

Le recidive sono state valutate su un campione di 128 pazienti per i quali è stato possibile effettuare un follow-up attendibile; dato il limitato periodo di osservazione, abbiamo inserito in questo gruppo ogni lesione nodulare di dimensioni di almeno 5 mm. riscontrata ai controlli ecografici post-operatori: in ogni caso, consideriamo il periodo di osservazione (3 anni) troppo breve per formulare valutazioni attendibili del reale rischio di recidiva; vi è da dire, tuttavia, che la grande maggioranza di lobectomie sono concentrate nel primo anno della casistica esaminata, mentre le tiroidectomie sub-totali sono concentrate nei primi due anni, pertanto un discreto numero delle recidive che ci si può attendere emergono già in questo pur breve periodo di osservazione, e precisamente: 4 (18,2%) nel totale delle lobectomie (22) inserite nel follow-up; 6 (12,2%) nelle 49 tiroidectomie sub-totali ritornate a controlli attendibili. Nessuna recidiva è stata, ovviamente, osservata nei pazienti trattati con tiroidectomia totale, in accordo con i dati della letteratura.

Per quanto riguarda gli eventuali effetti indesiderati della terapia, va detto che questi sono proporzionali al dosaggio, e compaiono generalmente quando ci si avvicina, in un soggetto di circa 70 Kg di peso, ai 200 mcg/die di L-tiroxina; nella nostra casistica, nessun

paziente sottoposto a lobectomia e 4 pazienti (8,16%) tra quelli sottoposti ad exeresi sub-totale hanno manifestato tachicardia, tremori, sudorazione ed, in un caso, calo ponderale.

L'ipotiroidismo subclinico nei pazienti sottoposti ad exeresi parziale ha avuto la seguente incidenza:

- 2 casi (9,1%) nei pazienti sottoposti a lobectomia, entrambi corrispondenti ai pazienti che hanno accusato una recidiva;
- 23 casi (46,9%) nelle tiroidectomie sub-totali, 4 dei quali recludibili tra quelli con recidiva.

Tab. I - COMPLICANZE POST-OPERATORIE

<i>Intervento</i>	<i>Emorragia</i>	<i>Paralisi Ricorr.</i>	<i>Ipocalcemia</i>
Lobectomia (29)	-	1 (3,4%)	-
T. Subtotale (64)	1 (1,6%)	2 (3,1%)	17 (26,6%)
T. Totale (101)	-	1 (<1%)	22 (21,8%) +1 (<1%) clinicam. manifesta
Totale 194	1	4	40

Tab. II - INCIDENZA DI RECIDIVE, IPOTIROIDISMO ED EFFETTI COLLATERALI DELLA TERAPIA SOPPRESSIVA

<i>Intervento</i>	<i>Recidive</i>	<i>Ipotiroidismo</i>	<i>Effetti coll. terapia</i>
Lobectomia (22)	4 (18,2%)	2 (9,1%)*	-
T. Subtotale (49)	6 (12,2%)	23 (46,9%)**	4 (8,16%***)
T. Totale (57)	-	-	-
Totale	10	25	4

* ascrivibili ai pazienti con recidiva

** 4 dei quali corrispondenti a paz. con recidiva

*** di cui 1 con recidiva

Tab. III - COMPLICANZE POST-OPERATORIE DOPO INTERVENTI DI TOTALIZZAZIONE

<i>Primo intervento</i>	<i>Emorragia</i>	<i>Paralisi Ricorr.</i>	<i>Ipocalcemia</i>
Lobectomia (22)	-	1(4,5%)	2 (9,1%) +1 (4,5%) clinicam. manifesta
T. Sub-totale (9)	-	2 (22,2%)	2(22,2%) +1 (11,1%) clinicam. manifesta
Totale 31	-	4	6

In Tab. I riportiamo in sintesi i risultati dei tre tipi di intervento praticati riguardo alle complicanze post-operatorie, mentre in Tab. II sono riassunti gli effetti indesiderati, le recidive e l'ipotiroidismo post-operatorio rilevati nei pazienti che è stato possibile sottoporre a follow-up, effetti questi che riteniamo in qualche modo collegabili tra loro dato che il periodo di osservazione è temporalmente limitato e che sia l'ipotiroidismo che gli effetti indesiderati preludono almeno potenzialmente ad una recidiva.

In sintesi, l'intervento di *Lobectomy* è risultato gravato da 1 sola complicanza precoce, costituita da una paralisi ricorrente transitoria, mentre 4 pazienti in totale hanno manifestato recidiva, che in 2 di essi è stata preceduta da una fase di ipotiroidismo subclinico; la *Tiroidectomia subtotala* è gravata, nella nostra casistica, da un totale di 20 complicanze, fra emorragie, ipocalcemie transitorie e paralisi ricorrenti transitorie, mentre 28 pazienti in totale, estrapolati i casi sovrapponibili, hanno manifestato recidiva, ipotiroidismo subclinico ed effetti collaterali della terapia; alla *Tiroidectomia totale* hanno fatto seguito, in totale, 24 complicanze, tra le quali va segnalata 1 ipocalcemia clinicamente manifesta, che in vero non è stata osservata negli altri interventi.

Il confronto che prenda in considerazione esclusivamente il totale delle complicanze precoci fra gli interventi di lobectomia e la tiroidectomia totale può sembrare favorevole alla prima; la tiroidectomia totale prevale invece, nella nostra esperienza, nel confronto delle complicanze di questa con la tiroidectomia subtotala: ovviamente, tale dato va interpretato comunque criticamente, in quanto è verosimile che su tale risultato abbiano avuto influenza i criteri di scelta e, soprattutto, la maggiore concentrazione di tiroidectomie totali nell'ultimo anno del periodo di osservazione.

Meritevole di attenzione è, a nostro avviso, il confronto fra i diversi tipi di intervento a proposito delle recidive, dell'ipotiroidismo sub-clinico e degli effetti indesiderati della terapia, campo questo dove la tiroidectomia totale non è confrontabile, per efficacia, ad interventi più conservativi.

Per quanto riguarda infine i 31 gozzi recidivi, trattati con totalizzazione, 22 erano secondari ad interventi di lobectomia effettuati in un arco di tempo che va da 4 a 19 anni prima, 9 erano secondari a tiroidectomie subtotali effettuate nei 5 - 11 anni precedenti. L'incidenza di complicanze dopo interventi di totalizzazione è quella riportata in Tab. III.

Discussione e commento

Lo studio di natura retrospettiva, effettuato su un campione limitato, costituito da sottogruppi (tre diversi tipi di interventi su due condizioni: gozzo primitivo e recidivo), il periodo di osservazione troppo breve (3 anni)

e la mancanza di randomizzazione sulla scelta dell'intervento (abbiamo via via optato per atteggiamenti sempre più radicali con il passare del tempo) costituiscono indubbiamente dei limiti, che tuttavia non impediscono di formulare alcune considerazioni, se non altro orientative. La nostra esperienza, peraltro in accordo con molte osservazioni riscontrate in letteratura (7), permette di concludere che la tiroidectomia totale può, a buon diritto, essere considerata l'intervento di scelta nel gozzo multinodulare.

Ogni confronto fra questo intervento e tecniche più conservative evidenzia risultati notevolmente favorevoli all'intervento radicale, in quanto:

- rispetto alla *lobectomy*, a fronte di un maggiore rischio di ipotiroidismo, peraltro quasi sempre a decorso subclinico e rapidamente reversibile, non abbiamo riscontrato un aumento del rischio ricorrente, che, al contrario, nella nostra casistica è risultato addirittura inferiore nella tiroidectomia totale (<1% vs. 3,4%), anche se riteniamo tale dato falsato dal numero contenuto di lobectomie prese in esame e dalle indicazioni molto selettive che abbiamo posto; infatti, l'exeresi viene limitata alla monolateralità spesso anche perché ci si rende conto dell'indaginosità delle manovre chirurgiche sul primo lobo;

- rispetto alla *tiroidectomia subtotala*, tutte le voci inerenti il rischio: emorragia, lesione ricorrente, ipoparatiroidismo iatrogeno, sono a favore dell'exeresi totale, anche se va rilevato che l'unica forma di ipotiroidismo clinicamente manifesto, eccettuati i reinterventi, è stata riscontrata dopo tiroidectomia totale (8, 9);

- per quanto riguarda gli aspetti endocrinologici post-chirurgici, la tiroidectomia totale permette un più agevole controllo farmacologico, essendo tra l'altro scongiurato il rischio di recidiva: a tal proposito, sarebbe rilevante una valutazione comparativa tra gli interventi esaminati anche dal punto di vista dell'economia sanitaria, dato il minor numero di indagini necessarie e la rarefazione delle stesse, nel tempo, per la sorveglianza dopo tiroidectomia totale rispetto ad interventi conservativi, per i quali va oltretutto previsto il costo di un possibile reintervento;

- ponendo quindi l'attenzione sul gruppo dei reinterventi, in accordo con i dati della letteratura (10, 11), nonostante il loro numero nella nostra esperienza non è tale da consentire affermazioni di assoluta affidabilità e certezza, è apparso a noi evidente che essi espongono ad un elevato, inaccettabile rischio iatrogeno, pertanto sono un pericolo da scongiurare; ciò vale per tutti i reinterventi, ma è particolarmente evidente per i pazienti sottoposti in precedenza a tiroidectomia subtotala, per i quali ricordiamo un rischio di paralisi ricorrente, sia pure quasi sempre transitorio, superiore al 20%;

- riteniamo infine utile sottolineare che il rischio di imbattersi in un carcinoma, rimasto misconosciuto alla diagnostica pre-operatoria, valutabile nella ns. casistica intorno al 5,6%, non è da sottovalutare.

Conclusioni

In base alle considerazioni che sono scaturite dalla nostra esperienza, pur con la cautela necessaria data la natura dello studio, riteniamo di inserire a buon diritto la tiroidectomia totale nella nostra routine chirurgica, sebbene siamo del parere che, in casi selezionati, la lobectomia possa avere ancora oggi un qualche spazio, almeno nei pazienti che rispondono a tali requisiti:

– nodulo solitario (raro se si escludono le forme adenomatose e le neoplasie maligne) (12) o limitato numero di lesioni nodulari rigorosamente confinate ad un solo lobo;

– caratteri di benignità certa;

– pazienti nei quali non vi è accertata familiarità di tireopatie (che vanno tuttavia informati del fatto che in queste condizioni il rischio di imbattersi in un carcinoma sembra essere più elevato);

– pazienti abitanti in aree a basso rischio gozzigeno.

Poste queste limitate indicazioni, per le quali i criteri di scelta devono coesistere contemporaneamente, riteniamo di affermare che la tiroidectomia totale rappresenta oggi la scelta complessivamente più sicura, meglio tollerata dal paziente (che pure deve essere informato sul “domani” dell'intervento) e probabilmente più economica nella gestione a medio e lungo termine.

Riassunto

Obiettivo: valutazione della tiroidectomia totale, della tiroidectomia subtotale e della loboistmectomia nel trattamento del gozzo multinodulare non tossico.

Materiale di studio: 225 pazienti: 101 tiroidectomie totali, 64 subtotali, 29 loboistmectomie.

Sono state rilevate le emorragie, le paralisi ricorrenti, le ipocalcemie post-operatorie, le recidive cliniche od ecografiche, gli effetti indesiderati dell'ormonoterapia e l'ipotiroidismo dopo exeresi parziale, da considerare fattore di rischio di recidiva.

Risultati: le tre metodiche hanno presentato bassa incidenza di lesioni ricorrenti; la lobectomia non ha presentato ipocalcemia post-operatoria, che ha inciso in percentuali rispettivamente del 26,6% e del 23% nelle tiroidectomie sub-totali e nelle totali. La percentuale di recidive nei pazienti osservati in follow-up è stata del 18,2 nelle lobectomie e del 12,2 nelle tiroidectomie sub-totali, ma in queste ha inciso per il 46,9% l'ipotiroidismo (vs. 9,1% delle lobectomie) e per l'8,6% gli effetti collaterali della terapia.

I reinterventi, soprattutto dopo tiroidectomia sub-totale, presentano percentuali di lesioni ricorrenti e di ipocalcemia post-operatoria significativamente più elevate.

Discussione: La tiroidectomia totale presenta, rispetto alla lobectomia, un maggiore rischio di ipoparatiroidismo; rispetto alla tiroidectomia subtotale le complicanze risultano sempre minori.

Il follow-up endocrinologico risulta più agevole dopo tiroidectomia totale.

Conclusioni: alla luce dei nostri risultati, riteniamo di dover limitare le indicazioni all'intervento di loboistmectomia ai pazienti che presentano un nodulo solitario a benignità certa, in assenza di familiarità o altri fattori ambientali di rischio gozzigeno.

Parole chiave: Gozzo, tiroidectomia.

Bibliografia

- 1) Perzik S.L.: *The place of total thyroidectomy in the management of 909 patients with thyroid disease.* Am J Surg, 132:480, 1976.
- 2) Campana F.P., Marchesi M., Tartaglia F.: *La tiroidectomia totale per gozzo.* Chirurgia, 5:102, 1992.
- 3) Cossu M.L., Palermo M., Coppola M., Fais E., Ruggiu M., Noya G.: *La tiroidectomia totale nel trattamento chirurgico del gozzo eutiroideo.* Minerva Chir, 54:859, 1999.
- 4) Marchesi M., Biffoni M., Tartaglia F., Campana F.P.: *Total or subtotal thyroidectomy for multinodular goitre?* New issues in endocrine surgery, Rome, April 1999.
- 5) Ronga G., Fragasso G., Fiorentino A., Paserio E., Todino V., Tummarello M.A.: *Prevalence of parathyroid insufficiency after thyroidectomy: study of 1037 cases.* It J Surg Sci, 18:151, 1988.
- 6) Uccheddu A., Cois A., Licheri S.: *Il trattamento chirurgico del gozzo multinodulare diffuso non tossico.* Atti VI Congr. Naz. Fisiopatologia Clinica e Terapia Chirurgica, Terrasini (PA), 18-20 Novembre 1994.
- 7) Pappalardo G., Guadalaxara A., Frattaroli F.M., Illomei G., Falaschi P.: *Total compared with subtotal thyroidectomy in benign nodular disease: personal series and review of published reports.* Eur J Surg, 164:501, 1998.
- 8) Proye C., Carnaille B., Maynou C., Bizard J.P., Gilliot P., Lariviere J., Martinot J.C., Monnin C., Vallier F.: *Le risque parathyroïdien en chirurgie thyroïdienne.* Chirurgie, 116:493, 1990.
- 9) Proye C., Carnaille B., Vanhove L.: *Morbidité de la thyroïdectomie totale chez le sujet de moins de 15 ans.* Annales d'Endocrinologie (Paris), 59:93, 1998.
- 10) Peix J.L., Van Box Som P., Olgne E., Mancini F., Bourdeix O.: *Résultats des réinterventions pour goitres.* Annales de Chirurgie, 51, 3:217, 1997.
- 11) Makeieff M., Rubinstein P., Youssef B., Crampette L., Guerrier B.: *Reprises chirurgicales en pathologie nodulaire thyroïdienne (cancer et hyperparathyroïdie exclus).* Annales de Chirurgie, 52, 10:970, 1998.
- 12) Proye C.: *Prise en charge du nodule thyroïdien isolé.* Annales d'Endocrinologie (Paris), 54:297, 1993.

Commento

Commentary

Prof. Nicola PICARDI
 Ordinario di Chirurgia Generale
 Università G. D'Annunzio - Chieti

Lo studio eseguito con il presente lavoro rispecchia la perdurante esigenza di un chiarimento di fondo sulle scelte terapeutiche di questa patologia tiroidea essenzialmente benigna, ma che una chirurgia incongrua può rendere problematica. Una volta assodata l'etiopatogenesi del gozzo multinodulare e le sue possibili evoluzioni (A. Pinchera 1994) non si vede in quale modo una demolizione parziale della tiroide, con una lobectomia o con una cosiddetta tiroidectomia subtotale o "quasi totale" possa mettere al riparo il paziente da una recidiva, dalla necessità di una opoterapia sostitutiva o infine dai danni iatrogeni nei confronti dell'innervazione motoria del laringe e della funzione paratiroidea. Un follow-up di un massimo di tre anni, quale quello del presente studio è assolutamente incongruo per valutare l'incidenza delle recidive che può richiedere un intervallo anche di 15-20 anni, così è nell'esperienza diffusa ed anche in quella personale. Infatti negli anni '70 esisteva ancora nel nostro bagaglio tecnico la tiroidectomia subtotale, oggi bandita in quanto la quasi totalità dei pazienti così trattati si è ripresentata per una recidiva del tessuto residuo. È evidente che l'asportazione del tessuto ghiandolare sano e normofunzionante, frammezzato ai noduli cistici sia con una resezione parziale che una lobectomia, non potrà rendere autosufficiente il paziente sul piano ormonale, ma necessiterà comunque di un trattamento sostitutivo, che non lo mette peraltro al riparo dalle recidive quand'anche valga a tenere basso il livello di TSH. Ed allora le motivazioni per una resezione parziale nei confronti di un lobo o dell'intera ghiandola oggi certamente da bandire non possono che essere riconosciute nel timore di danni iatrogeni intraoperatori, che va però affrontato con la messa a punto di una tecnica chirurgica ineccepibile e standardizzata, e non con la rinuncia agli unici due interventi condivisibili - la tiroidectomia totale o in casi selezionati la lobectomia extracapsulare conservativa - nei confronti del tessuto paratiroideo. I veri problemi decisionali oggi sono posti o dalla precocità diagnostica nei confronti delle lesioni multinodulari con un'ecografia casuale in assenza di sintomatologia clinica di qualsiasi genere, specie se in giovane età, oppure dall'eventuale monolateralità clinica ed ecografica della lesione multinodulare. Nel primo caso è probabilmente accettabile un atteggiamento attenta frammezzato da controlli ecografici ed ormonali cadenzati, prima di porre l'indicazione alla tiroidectomia totale. Nel secondo caso è probabilmente accettabile una lobectomia extracapsulare e controlli cadenzati nel tempo per cogliere l'eventuale momento della decisione di ricorrere ad una totalizzazione. Certamente oggi i due interventi privi di critiche da eseguirsi sulla tiroide sono la lobectomia o la tiroidectomia totale extracapsulari, qualora ne esistano le indicazioni.

The study of present paper reflects the lasting need of a fundamental explanation of the therapeutic choices in this pathology, that despite benign can be complicated by an incongruous surgical treatment. Once acquired the etiopathogenesis of multinodular goiter and its possible evolutions (A. Pinchera, 1994), it is not clear in which way a partial resection of the thyroid, by lobectomy or by subtotal or "almost total" thyroidectomy may prevent a recurrence, the need of substitutive opotherapy or even iatrogenic damages of the motor innervation of the larynx and of the parathyroid function. A follow-up of three years at most, like the present study, is inadequate to evaluate recurrence incidence that requires a 15-20 years' interval as results in my and common experience. In fact till 1970 there was the subtotal thyroidectomy technique in the choices of the surgeon. Today it is not used at all because most of the patients who underwent to this operation had subsequently a recurrence in the residue tissue. Deletion of intact and normofunctional glandular tissue mixed to nodular cysts either by partial resection or lobectomy wouldn't make self-sufficient the patient for thyroid hormones. The patient needs anyway a substitutive treatment, that keeps low the TSH level but doesn't prevent recurrences. The reasons for a partial resection of a lobe or of both lobes, today certainly inadvisable, have to be recognized in fear of iatrogenic intraoperative damages. To prevent that risk, it is essential a correct and standard surgical technique rather than give up the only two shareable operations - a total thyroidectomy or in selected cases an extracapsular lobectomy both conservative of parathyroid tissue. Nowadays the true decisional problems are either the precocious diagnosis of multinodular lesions in the thyroid by occasional echography outside any clinical symptomatology, especially if in youth, or the possible both clinical and echographic unilateral presence of multinodular lesions. In the first case it would better to wait and make serial hormonal and echographic controls before a total thyroidectomy. In the second case, instead, it is acceptable a extracapsular lobectomy and recurrent controls before making a total thyroidectomy. Certainly at the moment, if there are the conditions, only two are the most suitable operations of the thyroid - lobectomy or total extracapsular thyroidectomy.

Bibliografia

- 1) Picardi N.: *Modern surgical technique for thyroidectomy*. Ann Ital Chir, 69,1:1-11, 1996.
- 2) Pinchera A.: *Carcinoma differenziato della tiroide: inquadramento nosologico e terapeutico*. Seminario di Clin Color, Parma, 15,3:32-39; 1994.

Autore corrispondente:

Dr. G. SCERRINO
 Chirurgia d'Urgenza dell'Università di Palermo
 Via del Vespro, 120
 90127 PALERMO