

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_ **data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	Gozzo uninodulare, multinodulare; neoplasia tiroidea in paziente con: _____
Trattamento proposto:	<b>TIROIDECTOMIA</b>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Lo scopo dell'intervento è quello di eseguire l'asportazione totale o parziale della ghiandola tiroide, che è la ghiandola endocrina (deputata cioè alla fabbricazione di ormoni che immette direttamente nel sangue) situata nella regione antero-inferiore e mediana del collo.</p> <p>Il motivo che rende necessario l'intervento è:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la necessità di determinare la natura di uno o più noduli evidenziati a livello della Sua tiroide dagli accertamenti clinici da Lei eseguiti; pertanto insieme al/ai nodulo/i verrà asportata tutta o parte della tiroide ed il materiale asportato verrà inviato all'anatomo-patologo per sapere se il tumore è benigno o maligno;</li><li>• il cattivo funzionamento della tiroide, che non può essere tenuto sotto controllo con il trattamento medico endocrinologico e che, pertanto rende necessaria nel Suo caso l'asportazione;</li><li>• altre malattie della tiroide che richiedono trattamento chirurgico, non comprese nelle due categorie precedenti e comunque giustificate dall'indicazione diagnostica sopra descritta. A seconda della diagnosi preoperatoria e delle necessità terapeutiche la tiroidectomia potrà essere:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Parziale;</li><li>○ Subtotale/Quasi totale;</li><li>○ Totale.</li></ul></li></ul> <p>L'intervento si svolge di norma in anestesia generale. E' pertanto indispensabile la valutazione anestesilogica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.</p> <p>L'intervento viene effettuato mediante un'incisione cutanea a livello della parte antero-inferiore del collo, che verrà possibilmente eseguita, per rendere la cicatrice meno visibile, in una piega cutanea naturale.</p> <p>La lunghezza dell'incisione sarà in funzione della grandezza della ghiandola da asportare.</p> <p>L'intervento da effettuare può essere così descritto, a seconda dei casi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• asportazione di un singolo nodulo;</li><li>• emitiroidectomia (asportazione di metà tiroide);</li><li>• tiroidectomia sub-totale/Quasi totale;</li><li>• tiroidectomia totale.</li></ul>

	<p>Se ancora non si conosce il tipo di lesione che interessa la Sua tiroide, sarà effettuato, per precisarne la natura, un esame istologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estemporaneo (realizzato cioè nel corso dell'intervento), eseguito solo in casi selezionati e per indicazioni specifiche, cui farà seguito, per maggiore sicurezza, nel giro di qualche giorno l'esame definitivo;</li> <li>• Definitivo, il cui risultato sarà notificato nel giro di qualche giorno. In caso si sappia già o se l'esame istologico che noi faremo dovesse evidenziare che si tratta di un tumore maligno, si eseguirà una tiroidectomia totale integrata da uno svuotamento latero-cervicale (asportazione dei linfonodi latero-cervicali: vedi il relativo consenso):</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Limitato ai linfonodi della regione centrale del collo</p> <p><input type="checkbox"/> Del solo lato ove è situato il tumore;</p> <p><input type="checkbox"/> Bilaterale Qualora sia necessario associare lo/gli svuotamento/i sarà necessario ingrandire in proporzione l'incisione.</p> <p>L'intervento terminerà con il posizionamento nella zona dell'intervento di uno o più drenaggi (tubicino/i), per scaricare i liquidi che si possono formare e che, di norma, verrà o verranno rimosso/i in II-IV giornata post-operatoria. La durata dell'intervento è variabile e dipende dal tipo di procedura, dalle difficoltà chirurgiche e dal risultato dell'eventuale esame istologico eseguito precedentemente o nel corso dell'intervento. La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>Rimozione e definizione istologica della lesione.</p> <p>Le probabilità di successo sono in funzione della stadiazione clinica e delle condizioni del paziente.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Raccolte locali, sovrainfezioni, disfonia, disfagia.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Persistenza della patologia e sua evoluzione.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emorragie intra- e post-operatorie, quale complicanza, sia pure non frequente, di ogni atto chirurgico: comportano la necessità di un reintervento;</li> <li>• Ematoma (raccolta di sangue) del collo che, in genere, non costituisce un'evenienza grave, ma, se è di grandi dimensioni, può determinare una compressione laringo-tracheale in grado di provocare difficoltà respiratorie e rendere necessario un re intervento</li> <li>• Sieromi (raccolte di siero), linforragie (fuoriuscita di linfa) in regione cervicale (del collo);</li> <li>• Dolore a livello cervico-nucale (del collo e della nuca) dovuto alla posizione operatoria (iperestensione del collo) che, se necessario, può trarre giovamento da farmaci analgesici o dalla fisiochinesiterapia;</li> <li>• Infezione della ferita chirurgica, generalmente ben controllata da terapia antibiotica; flemmone (infezione diffusa) cervicale (del collo);</li> <li>• Cicatrizzazione esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione</li> </ul>

	<p>abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicanze metaboliche: <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Ipoparatiroidismo dovuto a lesione temporanea o definitiva delle ghiandole paratiroidi, (più frequente soprattutto se verrà asportata tutta la tiroide), cui fa seguito l'alterazione del quantitativo di calcio e fosforo nel sangue e quindi la necessità di assumere temporaneamente o per tutta la vita terapia a base di calcio e vitamina D;</li> <li>♣ Necessità di assumere per tutta la vita una terapia a base di ormoni tiroidei, soprattutto se verrà asportata tutta la tiroide ma anche in caso di asportazione parziale della tiroide stessa;</li> </ul> </li> <li>• Complicanze fono- respiratorie:: <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Paralisi di uno o due nervi laringei inferiori, responsabili di disfonia e/o dispnea (vedi sotto)</li> <li>♣ Disfonia (alterazione della voce che si manifesta con voce rauca, soffiata, diplofonica, di falsetto o anche con alterazioni del timbro, del tono, dell'estensione, dell'intensità, dell'affaticabilità vocale con difficoltà anche ad intonare il canto; possono associarsi anche difficoltà alla deglutizione): causata dalla sofferenza o lesione unilaterale (in caso di asportazione del lobo tiroideo dello stesso lato) del nervo laringeo inferiore con conseguente paralisi della corda vocale vera omolaterale al lato operato; può essere transitoria (scompare entro un tempo massimo di 6-8 mesi), o permanente ed, in tal caso, necessita di un trattamento medico foniatico.;</li> <li>♣ Dispnea (in caso di tiroidectomia totale): difficoltà respiratoria per sofferenza di entrambi i nervi laringei inferiori, che contraggono rapporti con i lobi tiroidei, con conseguente paralisi bilaterale delle corde vocali in posizione paramediana e quindi con riduzione dello spazio respiratorio e difficoltà respiratorie che potrebbero comportare la necessità di eseguire una tracheostomia (incisione chirurgica nella regione anteriore del collo con apertura di un foro nella porzione cervicale della trachea per permettere la respirazione); la paralisi laringea può essere transitoria (scompare generalmente entro un tempo massimo di 6-8 mesi) o permanente; talvolta può essere transitoria da un lato e permanente dall'altro, comportando in tal caso una disfonia (vedi sotto di seguito);</li> </ul> </li> <li>• Lesione del nervo laringeo superiore con deficit di tensione del muscolo cricoaritenoidico e abduzione (allontanamento) delle corde vocali con conseguente disfonia e difficoltà alla deglutizione, quasi sempre transitoria; <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Pneumotorace (accumulo di aria nella cavità pleurica), pneumomediastino (accumulo di aria nei piani profondi del collo fino al mediastino, spazio toracico compreso tra le due cavità pleuriche che contengono i polmoni), enfisema cervico-mediastinico (accumulo di aria nel collo e mediastino) per lesioni della pleura; le complicanze elencate in questo capoverso sono estremamente rare;</li> </ul> </li> <li>• Complicanze di rara osservazione:</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Complicanze vascolari: rottura dell'arteria tiroidea inferiore o superiore; rottura della vena giugulare interna; rottura dell'arteria carotide; rottura di vasi mediastinici superiori</li> <li>♣ Lesione del dotto toracico che decorre nel collo in profondità a sinistra, con eventuale formazione di una «fistola chilosa»;</li> <li>♣ Lesione del plesso nervoso simpatico cervicale con conseguente sindrome di Claude Bernard Horner (miosi - restringimento della pupilla, enoftalmo - bulbo oculare situato più profondamente nell'orbita, ptosi palpebrale, caduta della palpebra);</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico. Le possibili complicanze anestesilogiche Le saranno estesamente illustrate dal collega anestesista in corso della valutazione anestesilogica pre-operatoria. In casi particolari, di non frequente osservazione clinica, di estensione inferiore importante della tiroide all'interno del mediastino (regione toracica superiore), il chirurgo potrà vedersi costretto ad allargare inferiormente l'accesso chirurgico. In questo caso potrebbe rendersi necessario un accesso chirurgico toracico con Sternotomia (sezione e apertura dello sterno), con aggiunta di rischi intraoperatori e postoperatori specifici che Le saranno descritti tempestivamente e dettagliatamente all'atto della sottoscrizione del consenso all'atto chirurgico.</li> </ul> <p>Le complicanze possono essere suddivise in emorragiche, endocrine e neurologiche.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>COMPLICANZE EMORRAGICHE:</b> possono essere immediate o tardive. Quelle immediate possono verificarsi durante l'intervento stesso o entro poche ore dalla fine dell'intervento. Le emorragie tardive compaiono a distanza di qualche giorno.</li> <li>2. <b>COMPLICANZE ENDOCRINE:</b> la perdita della funzione tiroidea o la sua diminuzione non possono essere considerate una complicanza dell'intervento. Si parla invece di complicanza quando l'alterazione riguarda le ghiandole paratiroidi e l'ormone da esse prodotto (Paratormone). Una sua ridotta secrezione (ipoparatiroidismo) determina una riduzione della calcemia che si manifesta con formicolii e crampi degli arti e delle labbra. L'ipoparatiroidismo può essere transitorio ma in una quota pari al 3 – 6% può essere definitivo e ciò rende necessaria l'assunzione per tutta la vita di una terapia a base di calcio e/o vitamina D.</li> <li>3. <b>COMPLICANZE NEUROLOGICHE:</b> il nervo laringeo superiore di solito non viene visualizzato durante l'intervento. Visti gli stretti e non costanti rapporti che contrae con le arterie e le vene del polo superiore per evitare di danneggiarlo è necessario procedere ad un'attenta legatura dei vasi in vicinanza dell'apice del lobo tiroideo. Un suo deficit comporta l'impossibilità di ottenere una perfetta messa in tensione delle corde vocali e quindi si potranno avere dei problemi nelle emissioni dei toni più acuti (disfonia).</li> </ol> <p>Il nervo laringeo inferiore è quello funzionalmente più importante poiché è il vero nervo motore della laringe. La ricerca del nervo per poterne seguire il percorso e quindi avere una maggiore certezza di salvaguardarlo è oggi un momento fondamentale della chirurgia tiroidea. Il rischio</p>
--	--

	di paralisi definitiva è all'incirca 2 – 3%. Questo significa che la paralisi è un evento raro e che comunque nella maggior parte dei casi si risolve, spontaneamente o con l'aiuto di una terapia farmacologica, entro un periodo variabile da pochi giorni ad alcuni mesi.
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Terapie endocrinologiche, radiometaboliche, radioterapiche in funzione della patologia di base con possibilità di cefalea, nausea, vomito, flogosi locale, disfagia, dispnea.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Personale SC di Otorinolaringoiatria.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_