

# Anestesia-rianimazione in chirurgia tiroidea

M. Garot, R. Caiazzo, G. Andrieu, G. Lebuffe

*L'anestesia per chirurgia della tiroide interessa pazienti di tutte le età. La valutazione preoperatoria deve definire il loro stato tiroideo, l'impatto locale della patologia tiroidea sulla filiera aerea e i rischi legati al terreno. L'exeresi della ghiandola tiroide non costituisce mai un'urgenza assoluta, di modo che l'eutiroidismo deve essere assicurato prima dell'intervento. La preparazione medica, diminuendo l'ormonosintesi o gli effetti centrali e periferici degli ormoni tiroidei, è particolarmente indicata per prevenire l'eccezionale ma temibile crisi tireotossica. Per la cervicotomia, l'anestesia generale è la tecnica di elezione. Essa potrà essere associata a un blocco del plesso cervicale superficiale per migliorare l'analgesia perioperatoria. Il decorso postoperatorio è, generalmente, semplice. Il monitoraggio postoperatorio si dedica a ricercare le complicanze emorragiche che possono mettere in gioco la prognosi vitale e le lesioni degli elementi a contatto con la ghiandola come le paratiroidi e i nervi ricorrenti. La lesione ricorrentiale, quando bilaterale, può essere associata a un distress respiratorio acuto la cui gestione delicata richiede un ambiente di rianimazione. Nonostante una semplificazione della gestione dei pazienti tiroidectomizzati, queste gravi complicanze costituiscono una limitazione importante a una pratica ambulatoriale sistematica di questa chirurgia.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Anestesia; Tiroide

## Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Indicazioni chirurgiche della tiroidectomia	1
■ Tecniche chirurgiche	2
Chirurgia convenzionale	2
Chirurgia robotica	2
■ Preparazione medica all'intervento chirurgico	2
Agenti farmacologici	2
Valutazione preoperatoria e preparazione medica in pratica	3
■ Tecnica anestetica	4
Anestesia generale	4
Anestesia locoregionale	4
Installazione del paziente	5
■ Periodo postoperatorio	5
Postumi semplici	5
Complicanze postoperatorie	5
■ Chirurgia tiroidea ambulatoriale: mito o realtà ?	7
■ Conclusioni	7

## ■ Introduzione

In Francia, circa 50 000 pazienti sono sottoposti ogni anno a una tiroidectomia, secondo i dati dell'Agenzia tecnica

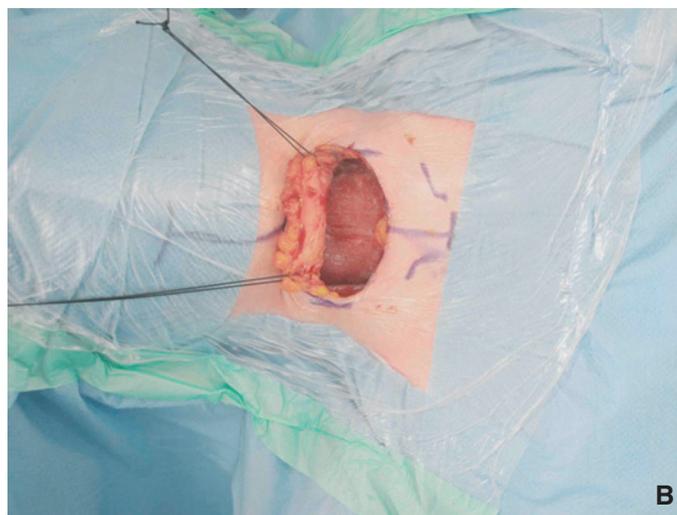
dell'informazione sui ricoveri ospedalieri<sup>[1]</sup>. L'anestesia per chirurgia della ghiandola tiroide è standardizzata con dei postumi operatori abitualmente privi di complicanze, soprattutto nei centri esperti<sup>[2,3]</sup>, con un ritorno al domicilio il più delle volte uno o due giorni dopo l'intervento.

In passato, l'insorgenza di complicanze ormonali come la crisi tireotossica acuta era temuta dagli anestesisti-rianimatori. Attualmente, l'insorgenza di una simile complicanza è eccezionale perché solo i pazienti eutiroidi vengono operati. Viceversa, questa chirurgia viene svolta in pazienti sempre più anziani, portatori di patologie associate e che ricevono dei trattamenti suscettibili di interferire con l'anestesia.

## ■ Indicazioni chirurgiche della tiroidectomia

L'intervento chirurgico è indicato per<sup>[4,5]</sup>:

- i gozzi sintomatici, evolutivi o immersi. I gozzi immersi sono definiti da un polo inferiore situato sul bordo superiore della seconda vertebra toracica nel paziente in posizione operatoria. In pratica, si parla di gozzo immerso quando il polo inferiore della tiroide non è palpabile anche quando la testa è in iperestensione. I gozzi immersi devono essere operati perché tutti finiscono per diventare compressivi. L'exeresi di questi gozzi è quasi sempre possibile mediante cervicotomia e il ricorso a una sternotomia è eccezionale;

**Figura 1.****A.** Posizione della testa.**B.** Incisione basicervicale e visualizzazione del piano dei muscoli pretiroidei.

- i gozzi tossici o i noduli tossici. Si distinguono gli ipertiroidismi di origine diffusa (malattia di Basedow) o focale (adenoma tossico o gozzi multieternodulari tossici). Il trattamento della malattia di Basedow è essenzialmente medico e diviene chirurgico solo in caso di insuccesso o di intolleranza al trattamento medico;
- i noduli sospetti. Il bilancio preoperatorio, in particolare l'agobiopsia, permette di prevedere la malignità dei noduli tiroidei e di adeguare l'ampiezza della resezione chirurgica e le linfadenectomie. I carcinomi differenziati di ceppo vescicolare sono le lesioni più frequenti. Essi hanno un'eccellente prognosi quando una chirurgia adeguata è associata alla somministrazione di iodio radioattivo. I carcinomi midollari e anaplastici sono rari. La loro gestione associa classicamente radioterapia e chemioterapia.

## ■ Tecniche chirurgiche

### Chirurgia convenzionale

La cervicotomia arciforme alla base del collo è la via d'accesso di riferimento (Fig. 1). Il paziente è in decubito dorsale. La testa è, il più delle volte, lasciata in sede senza estensione per prevenire eventuali cervicoalgie. La parte superiore del cranio rappresenta un punto di appoggio che deve essere monitorato e massaggiato in caso di intervento di più di tre ore. Il lembo cutaneo (pelle, sottocute e platisma) è scollato, quindi è reclinato verso l'alto per essere o sospeso con fili di trazione o represso con un divaricatore ortostatico dedicato. I muscoli pretiroidei sono separati senza essere sezionati, il più delle volte, per accedere alla loggia tiroidea. I rami delle arterie tiroidee superiori e inferiori sono legati o coagulati progressivamente per liberare circonfenzialmente il lobo destro e sinistro. La dissecazione è meticolosa, badando a visualizzare e a risparmiare macroscopicamente i nervi ricorrenti e le ghiandole paratiroidi. L'emostasi attenta si conclude con una manovra di Valsalva (insufflazione prolungata per generare un'iperpressione toracica aumentando la pressione venosa cervicale) per smascherare i sanguinamenti venosi e con una normalizzazione della pressione arteriosa per prevenire l'ematoma cervicale compressivo postoperatorio. La ferita è chiusa piano per piano, avvicinando con un soprappiglio longitudinale i muscoli pretiroidei.

### Chirurgia robotica

Dal 2007, alcune equipe (Stati Uniti, Corea) con l'obiettivo iniziale di evitare l'incisione cervicale antiestetica hanno

sviluppato, grazie ai progressi dell'assistenza robotica, la chirurgia della tiroide per via transascellare<sup>[6-8]</sup>. Il primo caso di lobectomia tiroidea per via ascellare e robot-assistita è stato realizzato in Francia nel 2010 (Fig. 2). Un recente studio che coinvolgeva cinque centri coreani ha riferito la loro esperienza in 1043 pazienti operati con questa tecnica dal 2007. Sono stati riscontrati solo l'1% di complicanze gravi (tra cui un ematoma ripreso chirurgicamente), cinque lesioni irreversibili del nervo ricorrente, tre lesioni tracheali e una sindrome di Claude-Bernard-Horner. Inoltre, è stata descritta una lesione transitoria del plesso brachiale nello 0,3% dei casi<sup>[9]</sup>. Data la natura del tutto recente di questa tecnica, vi sono pochi dati sulle particolarità anestetiche e perioperatorie. I vincoli anestetici conseguenti a questo nuovo approccio della chirurgia tiroidea sono essenzialmente il controllo dell'installazione degli arti superiori, la gestione di una durata chirurgica prolungata e un anticipo dell'analgesia postoperatoria legata all'accesso ascellare e alla dissecazione pettorale<sup>[10]</sup>. Per alcuni autori, questo approccio permetterebbe anche di ridurre l'incidenza di nausea e vomito postoperatori (NVPO)<sup>[11]</sup>.

## ■ Preparazione medica all'intervento chirurgico

Essa si riferisce ai pazienti portatori di ipertiroidismo, per prevenire la comparsa della temibile crisi tireotossica, divenuta eccezionale. È, quindi, indispensabile assicurare l'eutiroidismo dei pazienti candidati alla tiroidectomia. La preparazione medica all'intervento ha l'obiettivo di frenare la produzione di ormoni o, almeno, di ridurre gli effetti centrali e periferici degli ormoni tiroidei.

### Agenti farmacologici

#### Antitiroidei di sintesi

Gli antitiroidei di sintesi (ATS) agiscono bloccando l'organificazione dello iodio e l'accoppiamento delle iodotirosine, il che limita la produzione ormonale, in particolare di tiroxina (T4). Dal momento che gli ATS influenzano principalmente l'ormonosintesi, è, generalmente, richiesto un tempo di diverse settimane per ottenere l'eutiroidismo. Gli agenti più comunemente utilizzati sono il carbimazolo (Neo-Mercazole®) e il benziltiouracile (Basdene®). Effetti secondari minori possono comparire nell'1-5% dei casi (rash cutaneo, orticaria, artralgia o febbre). L'agranulocitosi è la complicanza più grave e interessa

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756852>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756852>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)