



OPERARE LA TIROIDE? SÌ, MA CON CHIRURGIA ABLATIVA

ESCLUSIVA INTERVISTA AL NOSTRO ESPERTO ENDOCRINOLOGO ROBERTO VALCAVI CHE SPIEGA I RISULTATI OTTENUTI ALL'IRCCS DI REGGIO EMILIA CON QUESTA TECNICA MENO INVASIVA

Quando si parla di noduli tiroidei emergono molti dubbi perchè l'intervento chirurgico risolutivo è sempre molto invasivo e soprattutto si accompagna alla necessità di assumere tutta la vita la terapia sostitutiva con ormoni tiroidei.

Oggi esiste un'altra soluzione: la chirurgia ablativa minimamente invasiva guidata da immagini ecografiche. Scopriamo cos'è con il nostro esperto Dr. Roberto Valcavi, endocrinologo, attualmente direttore della "International Endocrine & Thyroid Clinic, Reggio Emilia". Il Dr. Valcavi per oltre 20 anni ha prestato servizio come specialista endocrinologo all'IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, e per i più recenti 17 anni è stato primario della Divisione di Endocrinologia.

Ci spiega prima che cos'è il nodulo tiroideo e, quando si manifesta, cosa si può fare?

Il nodulo tiroideo è una lesione distinta, una

proliferazione cellulare all'interno del tessuto tiroideo normale. Una tumefazione vista abitualmente come un ingrossamento esterno del collo oppure più frequentemente rilevata attraverso esami di immagine, classicamente con ecocolordoppler delle carotidi. Visualizzando le carotidi è assai frequente che questo esame scopra la presenza di noduli tiroidei prima insospettati. Il nodulo benigno o maligno non può essere curato con la terapia farmacologica ma è necessario un intervento chirurgico.

Qui però ci sono novità...

Sì, esatto. Alcuni anni fa era prescritta terapia farmacologica con l'ormone prodotto dalla tiroide, la tiroxina, con la presunzione che ciò avrebbe arrestato la crescita dei noduli benigni. La terapia con tiroxina è caduta in disuso dopo che è stata dimostrata la sua inefficacia. Quindi, anche per i noduli benigni, si è tornati alla terapia chirurgica tradizionale che consiste nella asportazione della tiroide o di parte di essa (un lobo o l'istmo), rispettivamente a seconda che si tratti di noduli multipli che interessano entrambi i lobi o di noduli singoli localizzati ad un solo lobo. Per i noduli maligni è stato per anni raccomandato l'intervento chirurgico di asportazione totale della tiroide, anche se più recentemente sono stati adottati atteggiamenti più cauti. Secondo la American Thyroid Association, la società scientifica Americana della Tiroide, è sufficiente un intervento di lobectomia (asportazione di un solo

lobo) per tumori di diametro inferiore al centimetro senza invasione dei tessuti circostanti e senza metastasi nei linfonodi del collo. Questo approccio di asportazione chirurgica è di fatto un approccio demolitivo. Sostanzialmente si tratta di asportare tutta la ghiandola o parte di essa, quella cioè contenente i noduli indesiderati. Oggi sono state sviluppate delle forme di terapia selettiva, mirate semplicemente alla eliminazione del nodulo in situ (ablazione), esattamente là dove si trova, senza asportare nulla. Utilizzando questa chirurgia ecoguidata minimamente invasiva non sono necessarie incisioni chirurgiche. L'avanzamento tecnologico, per lo sviluppo di apparecchiature sofisticate e affidabili ha permesso l'introduzione delle terapie ablativo. Dispositivi quali laser, le microonde e radiofrequenza, consistono in aghi che, opportunamente manovrati dall'operatore, inducono un aumento della temperatura all'interno del nodulo. L'immagine ecografica permette una estrema precisione durante l'intervento sul nodulo. È sufficiente la esposizione delle cellule nodulari e tumorali per un solo secondo alla temperatura di 60 °gradi centigradi per causarne la distruzione. La radiofrequenza si è rivelata la migliore tecnologia per la eliminazione dei noduli tiroidei benigni e maligni perché espone le cellule tumorali alla temperatura di soli 70-90 gradi centigradi, sufficienti a distruggere le cellule tumorali sia benigne sia maligne. Le microonde causano incremento della temperatura

Vantaggi palesi nel decorso post operatorio molto più rapido e più semplice di un intervento chirurgico, con meno effetti collaterali

maggior rispetto alla radiofrequenza, tra i 120 e i 140 gradi con dissecazione del tessuto e iniziale carbonizzazione. Infine, il laser, che è stata la prima tecnologia ad essere utilizzata per la chirurgia minimamente invasiva della tiroide, causa un surriscaldamento fino ai 400-700 gradi centigradi nei tessuti a contatto della fibra laser, provocando carbonizzazione indesiderata dei tessuti. La carbonizzazione significa che i residui nodulari non possono essere riassorbiti.

Chiaro. Ma una volta trattata la tiroide con terapia ablativa che succede?

Lo scopo è quello di causare la distruzione delle cellule del nodulo benigno e, a maggior ragione, delle cellule del nodulo maligno. È stato osservato che il numero di tumori maligni raddoppia ogni dieci anni. Sono state effettuate proiezioni fino al 2030 utilizzando modelli matematici. È stato calcolato che nel 2030 il tumore maligno della tiroide, attualmente il quarto tumore per presenza, diventerà il secondo tumore più frequente nel sesso femminile dopo il tumore della mammella, ed il terzo tumore più frequente nel maschio, dopo il tumore della prostata e del polmone. Nonostante questo aumento geometrico, è previsto che la mortalità resti attorno al 2-2.5% a dieci anni dalla diagnosi, cioè bassissima ed attribuibile a rare categorie di tumori maligni, il tumore midollare, il tumore follicolare, il tumore anaplastico. Oltre il 90% dei tumori sono carcinomi papillari, di regola non invasivi e non associati al rischio di metastasi. In altri termini i tumori papillari quasi sempre restano in situ e sono solo occasionalmente invasivi e quasi sempre privi di localizzazioni a distanza, tanto che per i microtumori papillari inferiori al centimetro di diametro è stata proposta la "Active Surveillance", cioè la sorveglianza attiva. Che consiste nel tenerli sotto costante controllo ecografico.

I vantaggi?

Il beneficio maggiore è che la terapia ablativa non danneggia il tessuto tiroideo (parenchima) sano, indenne dal nodulo o dal tumore. Il parenchima tiroideo normale resta intatto dopo terapia ablativa, che elimina selettivamente solo il nodulo tiroideo. Quindi il vantaggio principale delle terapie ablative, al di là di un decorso post-operatorio molto più rapido e molto più semplice rispetto ad un intervento chirurgico, è che esse sono meno invasive e con minori effetti collaterali. Nonostante le terapie ablative per i noduli tiroidei e il gozzo siano state introdotte già da molti anni in Italia ed in Europa, queste tecniche stentano ad affermarsi a causa delle resistenze dei medici stessi alla innovazione e alla oggettiva carenza di preparazione degli specialisti su questa materia. Ai pazienti non viene generalmente



La sala operatoria dove il Dr. Roberto Valcavi esegue gli interventi di chirurgia ablativa minimamente invasiva sotto guida ecografica. Si notano la apparecchiatura ecografica, lo schermo ripetitore, il carrello con le attrezzature per l'anestesia ed il generatore a radiofrequenza. Il paziente è posizionato in posizione supina sul tavolo operatorio a capo iperesteso, mentre l'operatore esegue l'intervento sulla tiroide seduto dietro il capo del paziente per avere facile accesso al collo.

offerta la possibilità di fare terapie di ablativa per noduli benigni e maligni della tiroide, ma semplicemente sono indirizzati all'intervento chirurgico classico che implica la asportazione del parenchima tiroideo sano insieme a quello malato. Il fatto che si renda necessario, dopo la rimozione chirurgica della tiroide, una terapia sostitutiva a vita con ormone tiroideo, da molti non è considerato un problema. Tuttavia, se è vero che la funzione della tiroide può essere sostituita da terapia farmacologica sostitutiva, vi sono evidenze che la mancanza di questa importante ghiandola endocrina peggiora sensibilmente la qualità della vita per la necessità di assumere perennemente la cura.

C'è un appuntamento importante...

Si tratta del secondo TNT Meeting, che si terrà il 23-24 Giugno 2023 a Reggio Emilia. Gli esperti di tutto il mondo verranno a convegno per discutere gli ultimi avanzamenti delle tecniche ablative per i noduli tiroidei. È anche

prevista una sessione di esercitazioni per coloro che sono intenzionati a cimentarsi nella introduzione delle terapie ablative della tiroide. Queste esercitazioni hanno l'obiettivo di colmare la diffusa carenza di preparazione alle procedure chirurgiche tiroidee minimamente invasive guidate da immagini ecografiche.

LA SCELTA DA FARE

Tiroide compromessa, presenza di noduli? Due fino a ieri erano le scelte possibili, diverse completamente, dopo che si è fatta la diagnosi. O ricorrere all'intervento chirurgico: porto via il tumore e porto via la tiroide. Oppure attivo la sorveglianza: lascio esattamente la tiroide così, con il tumore in situ e controllo che cosa succede nel tempo. Ora più di recente ecco la scelta più consona: un trattamento ablativo per l'asportazione mirata e selettiva, che si colloca in una posizione intermedia. Cioè non porto via la tiroide ma distruggo il tumore esattamente lì dove si trova. Nel caso poi di microtumori tutto è molto più semplice ed efficace. Succede che il microtumore praticamente scompare perché le sue dimensioni sono tali che viene completamente cancellato da queste terapie ablative. Per quello che riguarda noduli più grandi che di solito sono benigni, questi con l'intervento ablativo "annichiliscono" cioè riducono la loro presenza dell'80/90 per cento rispetto al pretrattamento.



Il Dr. Roberto Valcavi, endocrinologo, attuale direttore della International Endocrine and Thyroid Clinic di Reggio Emilia. Per oltre 20 anni il Dr. Roberto Valcavi ha prestato servizio come specialista endocrinologo all'IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, ed è stato nei 17 anni più recenti primario della Divisione di Endocrinologia.



scansiona per raggiungere l'intervista su Senzaetà WebTV