

Gentile Signora,
Egregio Signore,

La **informiamo** che, in base alla Sua patologia:

Lei dovrà essere sottoposto a un **trattamento sanitario** definito:

TIROIDECTOMIA

La **informiamo** che 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. Il motivo che rende necessario l'intervento è:

- 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;
- 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.

La **informiamo** che a seconda della diagnosi preoperatoria e delle necessità terapeutiche la tiroidectomia potrà essere:

- Parziale
- Subtotale/Quasi totale
- Totale.

La **informiamo** che l'intervento si svolge di norma in anestesia generale. È pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

La **informiamo** che 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. La lunghezza dell'incisione sarà in funzione della grandezza della ghiandola da asportare. L'intervento da effettuare può essere così descritto, a seconda dei casi:

- emitiroidectomia (asportazione di metà tiroide);
- tiroidectomia sub-totale/quasi totale;
- tiroidectomia totale.

La **informiamo** che, se ancora non si conosce il tipo di lesione che interessa la Sua tiroide, sarà effettuato, per precisarne la natura, un esame istologico:

- 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;
- definitivo, il cui risultato sarà notificato nel giro di qualche giorno.

La **informiamo** che, 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):

- limitato ai linfonodi della regione centrale del collo;
- del solo lato ove è situato il tumore;
- bilaterale.

La **informiamo** che, qualora sia necessario associare lo/gli svuotamento/i sarà necessario ingrandire in proporzione l'incisione. 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 **informiamo** che, 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.

La **informiamo** che, come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano), pur se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di tiroidectomia può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

La **informiamo** che i rischi dell'intervento di tiroidectomia riguardano le seguenti possibili complicanze:

- emorragie intra- e post-operatorie, quale complicanza, sia pure non frequente, di ogni atto chirurgico: comportano la necessità di un reintervento;
- 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;
- sieromi (raccolte di siero), linforragie (fuoriuscita di linfa) in regione cervicale (del collo);
- dolore a livello cervico-nucale (del collo e della nuca) dovuto alla posizione operatoria (iper- estensione del collo) che, se necessario, può trarre giovamento da farmaci analgesici o dalla fisiochinesiterapia;
- infezione della ferita chirurgica, generalmente ben controllata da terapia antibiotica; flemmone (infezione diffusa) cervicale (del collo);

- cicatrizzazione esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate;

- Complicanze metaboliche:

- 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;
- 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.

- Complicanze fonoro- respiratorie:

- paralisi di uno o due nervi laringei inferiori, responsabili di disfonia e/o dispnea (vedi sotto)
- 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 foniatrico;
- 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);
- 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;
- 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.

- Complicanze di rara osservazione:

- complicanze vascolari: rottura dell'arteria tiroidea inferiore o superiore; rottura della vena giugulare interna; rottura dell'arteria carotide; rottura di vasi mediastinici superiori;

- lesione del dotto toracico che decorre nel collo in profondità a sinistra, con eventuale formazione di una «fistola chilosa»;
 - 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);
- Complicanze anestesologiche:
- legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico. Le possibili complicanze anestesologiche Le saranno estesamente illustrate dal collega anestesista in corso della valutazione anestesologica pre-operatoria
 - formazione di una «fistola chilosa».

La **informiamo** che, 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.

La **informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma li ___/___/_____