

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
BOLOGNA

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

B. BASSI e G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SECRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO SESTO

1940

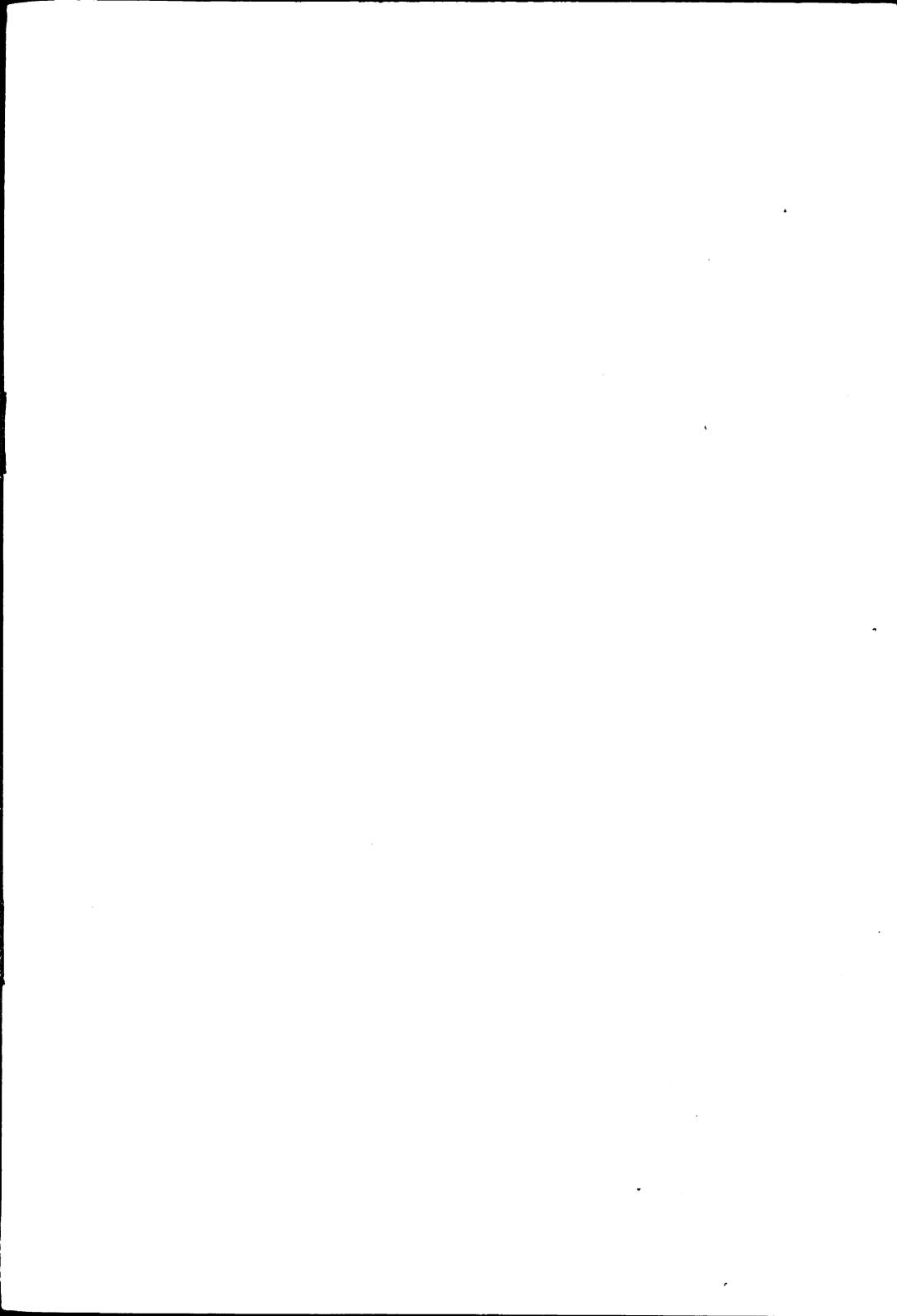


*Muse B
68
84*

Gozzo anulare o circolare.

DOTT. NUNZIO DI PAOLA

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA



si verificano più particolarmente nei gozzi accessori intratoracici, retrosternali o del mediastino posteriore.

In questi casi l'intervento operatorio può trovare le più gravi difficoltà specialmente in rapporto ad una perfetta emostasi dato il grave pericolo di un ematoma mediastinico in caso di emostasi imperfetta.

La notevole dilatazione e fragilità dei vasi dei gozzi accessori intratoracici costituiscono naturalmente il più grave ostacolo ad una perfetta esecuzione dell'intervento. Le stesse conclusioni riporta in un recente lavoro KARL URBAN riferendo su di un caso di intervento per un gozzo retromediastinico operato con esito felice.

Occupandoci ora in modo più esplicito del gozzo anulare o circolare diremo che non costituisce un reperto frequente, anzi è da segnalare fra i reperti più rari non solo dal punto di vista anatomico-patologico, ma anche dal punto di vista clinico.

Come identità clinica il gozzo anulare è infatti raramente ricordato e soltanto citato nei trattati di patologia e clinica chirurgica; mentre i trattati di anatomia patologica ne mettono in evidenza la rarità.

Nella Bibliografia ho trovato alcune citazioni che dimostrano come sia stata studiata questa particolarità sia dal punto di vista clinico che operatorio. È logico pensare che una più esatta conoscenza di questa condizione anatomica particolare debba essere di un certo interesse ad evitare sorprese sul tavolo operatorio o a meglio distinguere la identità clinica in questione delle forme retroesofagee vere e proprie costituite cioè da adenomi isolati in sede retroesofagea. Dal punto di vista della nomenclatura è anzi bene segnalare come sia esatta la denominazione di gozzo anulare per distinguerlo dall'adenoma isolato prevertebrale e retroesofageo della tiroide.

GARLOCK, ad esempio, riferisce su quattro casi di gozzo anulare chiamandolo gozzo retroesofageo. Una omonimia di questa

genere può creare confusioni certamente non utili dal punto di vista della classificazione.

A parte questo, i casi riferiti da GARLOCK, si riferiscono a tre donne e un uomo in età dai 36 ai 53 anni, tutti malati da un massimo di 20 anni ad un minimo di un anno. Presentavano tutti sintomi di tireotossicosi abbastanza marcata con valore del metabolismo da +83 a +74.

In tutti e quattro i casi la diagnosi di gozzo circolare o anulare è stata sospettata in base sia al volume della tiroide sia per i disturbi a carico dell'esofago e della trachea non sempre molto evidenti, ma in alcuni casi notevolmente accentuati.

Nella maggior parte dei casi si è manifestata una disfonia accompagnata o no da tosse ribelle; inoltre due dei pazienti lamentavano senso di costrizione al collo con impedimento al respiro a volte costante, a volte solo accentuato in corrispondenza di movimenti del collo verso destra o verso sinistra.

Dei casi riferiti dal GARLOCK alcuni furono operati dall'Autore altri in altri ospedali; l'intervento presentò notevole difficoltà per la mobilizzazione dei lobi e specialmente per quello in sede retroesofagea.

L'intervento fu tuttavia eseguito in un tempo solo e dette in tutti e quattro i casi esito felice. Si osservò dopo l'intervento la caduta del metabolismo basale e la completa scomparsa di tutti i sintomi di tireotossicosi.

L'A. non accenna a nessun elemento clinico anamnestico che possa in qualche modo richiamare la patogenesi di casi enormi di iperplasie della tiroide.

Soltanto in un caso, il IV, accenna brevemente che si trattava di una donna molto obesa affetta da irtutismo facciale.

I dati istologici, riferiti, rivelano nella maggior parte dei casi la presenza di adenomi multipli (2 casi) mentre in altri due casi, precisamente quelli che presentavano

i più gravi sintomi di tireotossicosi il reperto istologico rivelò una iperplasia intensa del tessuto tiroideo con formazioni papillari intraacinose nell'epitelio.

Dall'esame degli schemi riportati dall'A. relativi alla posizione anatomica dei gozzi anulari operati, risulta come sia costante una iperplasia più massiva del lobo sinistro, mentre quello destro è sempre più assottigliato, ma più esteso in superficie ed è quello che si porta costantemente in sede retroesofagea.

È noto che questo differente stato di sviluppo fra il lobo destro e quello sinistro nella tiroide, è costante, almeno per quanto riguarda la forma. La causa di questa differenza di sviluppo potrebbe eventualmente essere riferita, alle origini diverse a destra e a sinistra della carotide comune.

Il caso da me preso in esame si riferisce a una donna:

O. Rosa, di anni 53, da Vicovaro, entrata in questa Clinica chirurgica il 23-I-1940 e della cui storia clinica riferisco brevemente:

Padre e madre morti in tarda età, entrambi per cardiopatia. Sposata a 28 a. con uomo tuttora in buona salute, ha avuto 8 figli tutti viventi e sani. Nessun aborto. Mestruada a 18 anni, ha sempre avuto in seguito mestruai normali per periodo, quantità e durata, sino a 42 anni di età: da allora è in menopausa. Nega qualsiasi malattia pregressa degna di nota.

All'età di 29 anni, subito dopo il terzo parto, si è accorta della comparsa alla regione tiroidea, subito a destra della linea mediana, di una piccola tumefazione indolente, del volume di una noce, la quale è rimasta invariata per grandezza e forma sino all'epoca della gravidanza successiva, avvenuta due anni dopo e durante la quale la tumefazione è gradatamente aumentata di volume sino ad occupare tutta la metà inferiore della regione latero-cervicale D.

Contemporaneamente è comparsa una spiccata afonia, un modico grado di disfagia per i cibi solidi ed una difficoltà di respiro più accentuata durante il decubito supino o laterale D.

Dopo il parto tutti i disturbi subiettivi relativi alla tumefazione tiroidea scomparivano completamente e la tumefazione diminuiva visibilmente di volume.

Durante le quattro successive gravidanze la sintomatologia descritta si ripresentava ed ogni volta in misura più accentuata di quella precedente. La p. anzi insiste nell'affermare che la comparsa dell'afonia e della difficoltà di respiro



Fotografia 1.

costituivano per essa i primi segni premonitori del suo stato di gravidanza.

Nel periodo intervallare fra una gravidanza e l'altra si aveva nuovamente la scomparsa di tutti i disturbi ed una diminuzione del volume della tumefazione. Solo dopo l'ultima gravidanza, avvenuta a 42 anni di età e durante la quale i disturbi di respiro avevano raggiunto un acme impressionante, la sintomatologia si attenuava soltanto parzialmente senza scomparire del tutto.

Da due mesi a questa parte vi è stata però un'ulteriore recrudescenza di essa: la difficoltà del respiro e l'afonia sono divenute notevoli e costanti ed è presente un modico grado di disfagia. La paziente riferisce e dimostra che sforzandosi a parlare a voce alta riesce a vincere l'afonia, parlando così con voce perfettamente chiara e a timbro normale.

E. O. - Condizioni generali buone: cute e mucose visibili rosee, pannicolo adiposo scarso. Muscoli trofici e tonici. Polso da 95 a 110 ritmi-

co, di media ampiezza, scoccante. Temperatura subfebbrile.

E. O. locale. - La regione anteriore del collo è sede di una grossa tumefazione che ha per li-



Fotografia 2.

miti superiormente una linea trasversa a livello dell'osso ioide, inferiormente la linea che passa sul margine superiore della forchetta sternale e le clavicole. Lateralmente a D. una linea che decorre parallela e due dita indietro del margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo; lateralmente a sin. il margine anteriore del trapezio. La cute è di colorito normale, la superficie della massa palpabile è liscia per tutta l'estensione. Non si notano pulsazioni. Alla palpazione la pelle è sollevabile in pliche: la tumefazione di consistenza molle-elastica, è più sporgente e ingrossata a S. che non a D. Non è dolente, non riducibile, non pulsante nè per pulsazione diretta nè trasmessa; facendo deglutire l'inferma detta tumefazione segue parzialmente i movimenti della trachea; la tumefazione è spostabile passivamente in senso laterale. Non reticolo venoso. Non esoftalmo. Modico tremore delle mani in estensione prolungata. Cuore nei limiti, toni netti con modico grado di tachicardia a frequenza variabile.

Negativo il resto dell'esame degli altri organi o apparati.

Ricerche collaterali:

Esame laringoscopico: Mobilità delle corde, normale. Lieve infiltrazione della falsa corda di sinistra.

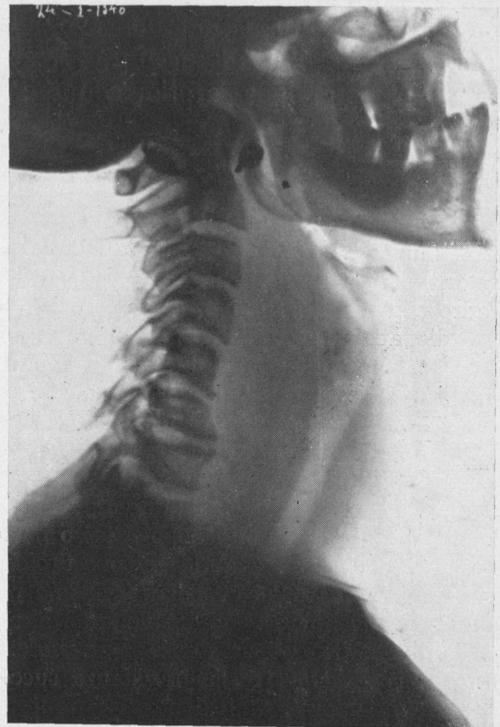
Esame del sangue: globuli rossi 3.800.000; globuli bianchi 9.000; valore globulare 0,65. - F. L.: neutrofilii 50; eosinofili 4; linfociti 32; monociti in genere 14.

Pressione arteriosa: Mn. 80, Mx. 150. Reazione Wassermann: negativa.

Metabolismo basale +25. Esame urine: negativo. Azotemia 0,37.

Esame radiologico:

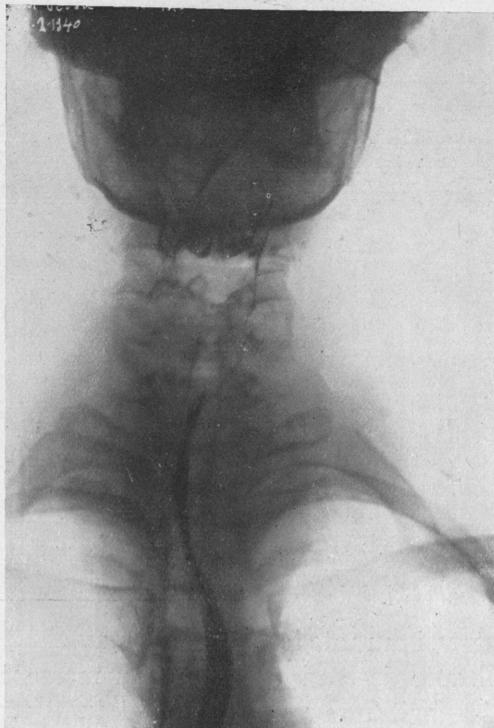
1°) Il tubo laringo-tracheale appare leggermente e uniformemente all'altezza della V e VI



Radiogramma N. 1.

vertebra cervicale, ristretto e spostato in avanti. La massa del gozzo s'imprime posteriormente sulla V e VI vertebra cervicale, che presentano un'usura semilunare marginale sul profilo anteriore dei corpi (vedi radiogramma n. 1).

2°) L'esame radiologico del collo durante la deglutizione di pasto opaco ha mostrato un gozzo voluminoso con trachea spostata in avanti e



Radiogramma N. 2.



Radiogramma N. 3.

lievemente a D., mentre l'esofago compie una curva a grande arco con convessità a D. a livello della regione cervico-dorsale (vedi radiogrammi n. 2 e n. 3).

La paziente, ricoverata in Clinica in data 23 gennaio 1940, una volta accertata l'entità del metabolismo basale, fu sottoposta a trattamento iodico a mezzo di somministrazione di liquido di Lugol. Il trattamento fu proseguito ininterrottamente fino al giorno dell'intervento alla dose di 60 gocce giornaliera.

Reperto operatorio (operatore Prof. R. PAOLUCCI - 9-II-1940): Anestesia novocainica previa iniezione un'ora prima dell'intervento di una fiala di dilaudid.

Taglio a cravatta. Per quanto indaginoso per l'alta posizione dell'apice del lobo destro, riesce tuttavia relativamente facile la legatura dell'arteria tiroidea.

Particolarmente indaginoso riesce invece lo scollamento del lobo, specialmente nella sua porzione retroesofagea, data la necessità di assicurare una buona emostasi in sede. Tuttavia procedendo solo per via smussa, lo scollamento completo riuscì e si poté procedere alla lobectomia lasciando in sede solo un piccolo tratto di

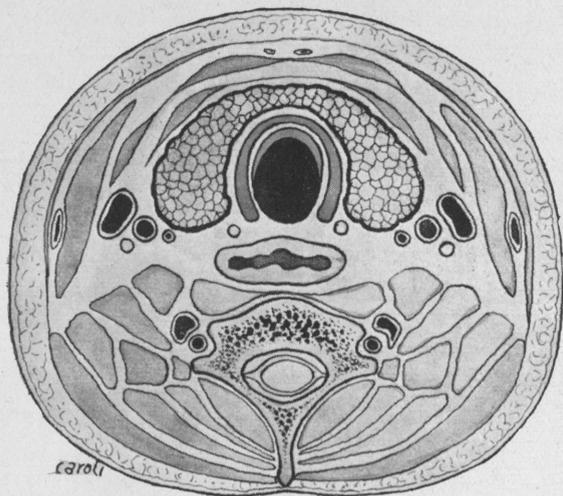
istmo. Piccolo drenaggio capillare in sede, sutura a strati.

Il decorso postoperatorio ha segnato uno stato di collasso nei primi due giorni e corretto prontamente con somministrazione abbondante di ipodermoclisi e rettoclisi, di siero fisiologico glucosato. Cardiocinetici, cardiotonici ed estratti di surrenale.

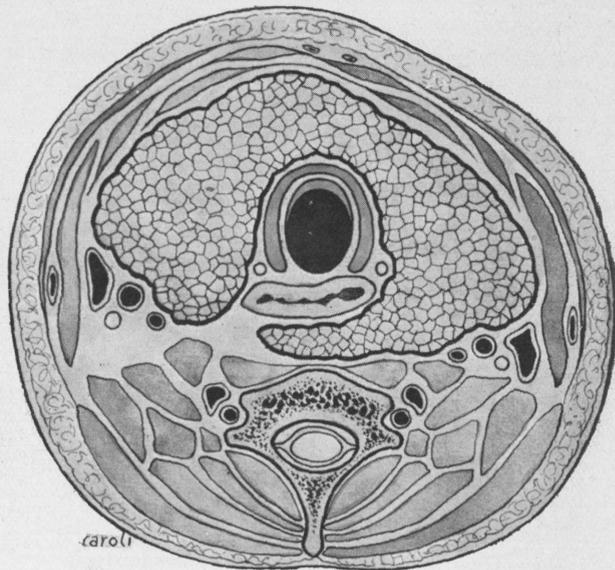
Subito dopo praticato il primo tempo, la p. ha avvertito un immediato beneficio sia nei riguardi dello stato generale che nei riguardi della disfonia e della disfagia totalmente scomparse. Il beneficio raggiunto dalla paziente fu tale che essa stessa pensò in un primo tempo di non affrontare il II tempo.

In data 8 marzo 1940 essendo le condizioni della paziente perfettamente ristabilite si procedette al completamento dell'intervento, che fu praticato con la stessa tecnica sopradescritta (operatore Prof. PAOLUCCI).

Estrinsecata la tiroide si procede allo scollamento sotto-capsulare del lobo sinistro, che riesce relativamente facile compatibilmente con la notevole estensione del lobo stesso; il lobo può essere scollato fino all'istmo e viene resecato lasciando in sede solo una piccola porzione dell'istmo stesso.



Schema N. 1 — Tiroide normale.



Schema N. 2 — Gozzo circolare o anulare.

Piccolo drenaggio capillare. Sutura a strati.

Guarigione in tutti e due i tempi per prima e decorso post-operatorio ottimo salvo una accentuazione della disfagia che molestò la paziente per i primi 5 giorni dopo il 2° tempo (schemi 1 e 2).

La paziente lasciò la clinica in data 22-III-40 perfettamente ristabilita, con metabolismo basale di +2 e le condizioni generali e locali completamente soddisfacenti.

Esame istologico: Iperplasia di tutto il parenchima tiroideo con degenerazione pseudo-papillare dell'epitelio otricolare. Numerosi piccoli follicoli linfatici interlobulari irregolarmente disseminati. Vasi sanguigni a pareti modicamente ispessite e a decorso tortuoso.

Il caso preso in esame merita qualche commento sia dal punto di vista della identità anatomica e clinica del gozzo anulare sia dal punto di vista dei suoi rapporti patogenetici con il resto dell'apparato endocrino, rapporti che nel caso in esame appaiono particolarmente evidenti.

Come è riferito nella storia clinica si tratta di una donna di 53 anni di età che ha iniziato la sua malattia tiroidea all'inizio della terza gravidanza.

I disturbi derivati alla paziente dalla presenza della tumefazione tiroidea, au-

mentatasi durante le successive gravidanze, sembrano derivati soltanto dalla massa tiroidea nei suoi rapporti con il tubo tracheale e con l'esofago.

Appaiono molto scarsi i sintomi di tireotossicosi, mentre la paziente segnala soltanto la disfagia e la disfonia che comparando in corrispondenza di nuovi aumenti di volume della tiroide costituiscono per la paziente stessa il segno premonitore della gravidanza al suo inizio.

Ritorniamo successivamente su questo rapporto fra iperplasia tiroidea e gravidanza.

Da un punto di vista strettamente anatomico e clinico vale la pena quindi di segnalare l'enorme aumento di volume della tiroide fino alla estensione dei lobi tiroidei ipertrofici nello spazio compreso fra l'esofago e la colonna vertebrale.

Nel caso nostro, come nei casi riferiti dal GARLOCK, è sempre il lobo destro che va incontro ad una maggiore estensione in superficie pure essendo più assottigliato ed è quello che si insinua nello spazio compreso fra l'esofago e la colonna vertebrale. Nel caso che ho riferito il rapporto tra il

lobo tiroideo sinistro aumentato di volume, ma non laminare e la colonna vertebrale è tanto stretto che si determina usura nel corpo di due vertebre cervicali.

Il lobo sinistro presenta infatti un tipo di iperplasia che porta alla formazione di una massa globosa.

Come abbiamo accennato questa diversa evoluzione della iperplasia nei due lobi tiroidei è frequente reperto anche nelle modiche iperplasie della tiroide, e potrebbe trovare una spiegazione nella diversa struttura dell'albero vascolare nel lato destro e sinistro del collo.

È indubitato che alla enorme iperplasia della tiroide riscontrata nel nostro caso sia da imputare il corteo dei sintomi di disfagia e disfonia che la p. lamentava durante i suoi periodi di gravidanza; sintomi che due mesi prima del ricovero in clinica erano divenuti costanti.

Basterebbe a confermare questa supposizione il fatto che dopo la tiroidectomia gli stessi sintomi sono scomparsi completamente.

Per quanto riguarda la disfonia in corso d'iperplasia tiroidea essa compare solo in caso di tumori maligni della tiroide; non è mai stata descritta nemmeno nelle forme di gozzi cistici voluminosi.

L'esame laringoscopico del nostro caso non ha rivelato che modica infiltrazione della falsa corda di sin.

Sia nel caso di tumore maligno come nel caso del gozzo anulare, nel caso nostro come in quello degli Autori citati i sintomi di disfagia e disfonia erano costanti e potrebbero essere imputabili, oltre che al fatto compressivo tracheale, anche ad eventuali rapporti vascolari esistenti fra mucosa laringea e tiroide, come è stato dimostrato dalle ricerche di TEODORO KOCHER.

L'A. in parola segnalava anche la possibilità che a questi rapporti vascolari potessero essere imputati gli stati transitori di disfonia che seguono la tiroidectomia e

che non possono essere imputati a lesioni anche reversibili del nervo ricorrente.

Rimane ad ogni modo fissato il concetto che la presenza di sintomi di disfonia e disfagia in corso d'iperplasia della tiroide, senza essere considerato come sintoma patognomonico, può essere sufficiente a valorizzare il sospetto di una estensione in sede retroesofagea dei lobi tiroidei.

È utile a questo proposito riaffermare che il termine di gozzo retroesofageo usato per indicare una espansione retroesofagea di una iperplasia tiroidea non corrisponde ad una esatta nomenclatura essendo il termine di gozzo retroesofageo riservato alle strutture adenomatose di tessuto tiroideo sviluppatosi per un processo malformativo in sede retroesofagea.

Tali adenomi sono, nella maggior parte dei casi, isolati dal corpo tiroide e possono dar luogo a sintomatologie corrispondenti per gravità alla loro estensione, ma prevalentemente a carico dell'esofago e di vasi venosi del collo e della faccia.

Dal punto di vista operatorio l'esperienza di questi ultimi anni e la più esatta conoscenza del comportamento dell'ammalato ipertiroideo di fronte all'intervento chirurgico hanno consigliato un prudenza molto oculata sia nell'affrontare l'intervento sia nelle modalità della sua esplicazione.

È noto come il trattamento medico preoperatorio rende molto più sicuro l'esito felice dell'intervento; è noto pure come il controllo del metabolismo basale, oltre che lo studio del ricambio in genere dell'ipertiroideo, possono dare degli indici sufficientemente sicuri sull'operabilità del paziente.

Ma è noto pure che il polimorfismo clinico che è possibile osservare negli ipertiroidei non può permettere di accettare come matematicamente sicuri gli esiti delle ricerche cliniche.

Già da più parti è stato accennato come il metabolismo basale di per sé solo non

possa costituire un indice di completa sicurezza.

E la storia antica e recente della chirurgia della tiroide è ricca di dolorose sorprese a questo riguardo.

Fra le due possibilità, quindi, di eseguire l'intervento di tiroidectomia in corso d'ipertiroidismo, in un tempo solo o in due tempi la maggior parte dei chirurghi si è giustamente attenuta alla prudenza dell'intervento in due tempi.

Vanno pure segnalate altre considerazioni che hanno consigliato ai vari chirurghi e al nostro Maestro questa tecnica e fra queste la più importante è quella che dà il dovuto valore al fatto che la tiroide fa parte integrante di un sistema endocrino che costituisce una unità funzionale. Date le persistenti lacune nelle nostre cognizioni sulla patologia del sistema endocrino in genere e sulla patogenesi del morbo di Flajani-Basedow in specie, non possiamo *a priori* sapere quali possano essere gli esiti di una tiroidectomia totale in un paziente portatore di un ipertiroidismo. E questo senza contare il fatto che, data l'estrema labilità neurovegetativa degli ipertiroidei, le sorprese dolorose post-operatorie potranno certamente essere più frequenti e più gravi in seguito ad un più lungo intervento come quello della tiroidectomia totale piuttosto che quello del breve intervento della emi-tiroidectomia.

Nella pratica della chirurgia della tiroide, nel nostro Istituto, l'applicazione di questi concetti pratici e teorici ha dato, sotto la guida del nostro Maestro, i più brillanti risultati.

Venendo ora a considerare i momenti patogenetici, che appaiono così evidentemente lumeggiati dalla storia clinica della nostra paziente, vale la pena di mettere in particolare evidenza l'elemento che nella nostra paziente sembra rivestire il carattere di un elemento eziopatogenetico.

I rapporti strettissimi riferiti fra l'inizio delle gravidanze e l'accrescimento progressivo della tiroide, accompagnati da aggravamento della sintomatologia, non possono non essere presi in speciale considerazione.

I rapporti fra tiroide e vita sessuale nella donna sono noti fino dall'antichità. Quello che riesce tuttora oscuro è il fatto che queste iperplasie si verifichino in modo assolutamente diverso nei vari soggetti. È stata accennata la possibilità che questi fenomeni possano assumere varie entità a seconda dell'equilibrio ormonico nella donna durante l'evoluzione del primo periodo della gravidanza.

L'attuale orientamento nello studio di questi problemi sembra prendere in considerazione l'azione antagonista alla tiroide svolta dalla surrenale e in particolar modo dal suo ormone corticale. È noto del resto il benefico effetto svolto dall'ormone corticale in tutti i disturbi relativi ai primi mesi di gravidanza.

Se consideriamo d'altronde il tipico aspetto delle malate basedowiane non possiamo fare a meno di fermare la nostra attenzione sul fatto che nelle pazienti in esame si riscontrano con grande frequenza le caratteristiche biotipologiche dell'iposurrenalismo o, secondo la terminologia più recente, dell'ipocorticalismo.

E d'altronde la funzione nettamente catabolica dell'ormone corticale surrenale sembra in stretta antitesi con la funzione anabolica dell'ormone tiroideo.

Abbiamo tenuto a segnalare anche da questo punto di vista il caso in esame in vista degli attuali studi e ricerche nel campo endocrino in corso di gravidanza.

Segneremo in ultimo l'opportunità del controllo radiologico e radioscopico della posizione e dell'entità delle deformazioni e spostamenti rispettivamente della trachea e dell'esofago ai fini di una più esatta de-

limitazione dei confini retroesofagei della massa tiroidea iperplastica in corso di gozzo anulare.

Questa tecnica da noi adottata l'abbiamo trovata già descritta con le stesse modalità dagli Autori che si sono precedentemente occupati dell'argomento.

Nel nostro caso la radiografia eseguita durante la deglutizione del pasto opaco ha messo in evidenza una curva a concavità

postero-laterale dell'esofago, ciò che ha potuto indicare prima dell'intervento il maggiore sviluppo e la sede retroesofagea del lobo destro della tiroide.

Abbiamo creduto opportuno rendere noto il caso capitato alla nostra osservazione data la rarità di una ipertrofia tiroidea del tipo anatomico e clinico da noi descritto, come risulta dalla scarsa bibliografia sull'argomento.

RIASSUNTO

L'A. riferisce su di un caso di gozzo anulare osservato in una paziente nella quale, l'iperplasia tiroidea si era stabilita parallelamente all'evoluzione delle progresse gravidanze.

Rilevati i criteri clinici ed anatomici più adatti per giungere ad una esatta diagnosi, l'A. riferisce sulla particolarità relative alla tecnica dell'intervento che, nel caso riferito, è stato eseguito in due tempi.

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRI - *Manuale di Chirurgia*.

BIEN-BRAUN-KUMMEL - *Chirurgische operations-lehen*.

BERARD - *Lyon Chirurgical*, 32, p. 476, luglio-agosto 1935.

— — Idem, maggio-giugno 1935.

BERARD - *Lyon Chirurgical*, settembre-ottobre 1936.

GARLOCK I. - *Surgery Gynecology and Obstetrics*, 62, 616, 20 marzo 1936.

PAOLUCCI DI VALMAGGIORE R. - Sei anni di chirurgia a Bologna. Ed. Cappelli.

URBAN K. - *Der Chirurg*, marzo 1939, p. 145-47.

KAUFMANN - *Trattato di Anat. Patologica*.

