

QUANDO L'IPOPARIROIDISMO POST-CHIRURGICO È DAVVERO DEFINITIVO?

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

L'ipoparatiroidismo post-chirurgico (IPOP) viene **considerato permanente quando persiste per almeno 6-12 mesi**. È una complicanza potenzialmente grave ma infrequente in centri con alto volume di prestazioni e in mani esperte (< 2% dopo tiroidectomia totale). **È importante distinguerlo dalla forma transitoria**, la cui prevalenza può raggiungere invece il 30%, per evitare il rischio di ipercalcemia iatrogena e ridurre tempi e costi del *follow-up*.

Un recente **studio prospettico monocentrico** coreano ha valutato il tasso di recupero dell'IPOP considerato inizialmente definitivo.

Sono stati inclusi nello studio **1467 pazienti** sottoposti a tiroidectomia totale con linfadenectomia del compartimento centrale per carcinoma tiroideo, con o senza linfadenectomia latero-cervicale. Il **follow-up** è stato **di almeno 2 anni** e mantenuto fino a 3 anni. I livelli di calcio e PTH sono stati misurati dopo 10, 30, 60, 90, 180 e 360 giorni dall'intervento chirurgico e poi ogni 6-12 mesi.

Si è verificato un **IPOP permanente** (definito come la presenza di PTH < 15 pg/mL per almeno un anno con necessità di terapia con calcio e/o vitamina D) in 22 su 1467 pazienti (~ **1.5%**). Le principali caratteristiche demografiche e clinico-patologiche di questo gruppo sono riportate in tabella.

Sesso (M/F)		4/18
Età (media ± DS - range)		45.5 ± 12.2 (22-77)
Follow-up (mesi; media ± DS)		32.4 ± 3.0
Caratteristiche del tumore	Dimensioni (cm, media ± DS)	1.02 ± 0.78
	Multifocalità	45.4%
	Estensione extra-tiroidea	77.3%
Metastasi	Compartimento centrale	59.1%
	Latero-cervicali	22.7%
Numero di paratiroidi rimosse	Una	31.8%
	Due	36.4%

In 5 di questi 22 pazienti (**22.7%**) i livelli di PTH sono ritornati stabilmente normali (range: 18.5-23.1 pg/mL) dopo un *follow-up* medio di 27.6 ± 2.9 mesi (range: 24-30 mesi), in modo da consentire di mantenere livelli di calcio tra 8.5 e 10.1 mg/dL in assenza di terapia e in assenza di segni o sintomi di ipocalcemia.

Gli autori forniscono come possibile spiegazione di questa remissione tardiva, l'instaurarsi di una lenta ma costante neo-vascolarizzazione del tessuto paratiroideo precedentemente devascularizzato.

Lo studio presenta **alcuni limiti** di cui tener conto: disomogeneità dell'estensione dell'intervento chirurgico, esiguità del campione, mancanza di dati pre-operatori (volume e vascolarizzazione ghiandolari, eventuali pre-esistenti alterazioni del metabolismo calcio-fosforo). Manca inoltre una correlazione tra le caratteristiche clinico-patologiche dei pazienti con diverso grado e durata di IPOP.

Lo studio ha comunque il merito di richiamare l'attenzione sulla **necessità di un attento follow-up nell'IPOP per la possibilità di remissione anche dopo 2 anni e mezzo dall'esordio**. Sarebbe importante in futuro cercare di identificare dei parametri predittivi della possibilità di remissione tardiva di questa condizione.

Bibliografia

1. Kim SM, et al. Recovery from permanent hypoparathyroidism after total thyroidectomy. *Thyroid* [2015, 25: 830-3](#).
2. Raffaelli M, et al. Ipsilateral central neck dissection plus frozen section examination versus prophylactic bilateral central neck dissection in cN0 papillary thyroid carcinoma. *Ann Surg Oncol* [2015, 22: 2302-8](#).
3. Rosato L, et al. Complications of thyroid surgery: analysis of a multicentric study on 14,934 patients operated on in Italy over 5 years. *World J Surg* [2004, 28: 271-6](#).
4. Autori vari. Ipoparatiroidismo. [Endowiki](#).

