

Chirurgia e diverse opzioni chirurgiche

La **chirurgia** è il **trattamento principale per i tumori timici**, purché vengano completamente asportati. In caso di asportazione parziale o quando è la chirurgia non è possibile, la radioterapia o la chemioterapia di induzione adiuvante dovrebbero essere prese in considerazione dopo una valutazione multidisciplinare.

I trattamenti chirurgici devono essere effettuati solo nei centri specialistici che operano in team multidisciplinari.

Dopo che la stadiazione è stata completata, la decisione sull'eventuale intervento chirurgico deve essere basata principalmente su due elementi: il rischio di asportazione incompleta e il rischio chirurgico per il paziente.

E' importante ricordare che il trattamento viene definito in base alla resecabilità (asportabilità) e non agli istotipi sopra indicati.

Esistono diversi approcci chirurgici ai tumori del timo.

La **sternotomia** è sicuramente la più utilizzata e può essere associata in caso di necessità per estensione di malattia anche ad altre incisioni per esempio al collo o lateralmente al torace (toracotomia).

Negli ultimi anni i progressi tecnologici hanno permesso che le tecniche mini invasive (**toracosopia** o **VATS surgery**) rendessero operabili alcuni tumori del timo di dimensioni contenute. Sono descritti molteplici approcci mini invasivi combinati: collo e torace monolaterale, torace bilaterale, sottotifoideo e torace, collo e torace bilaterale.

Non esiste un approccio migliore dell'altro ma la tecnica utilizzata deve basarsi sul principio che con l'intervento deve essere ottenuta la radicalità oncologica.

1. Gestione preoperatoria

Il paziente dopo la stadiazione di malattia e il completamento degli esami preoperatori viene valutato dall'anestesista. In base alle condizioni cliniche del paziente, alle patologie da cui è affetto e al tipo di intervento previsto viene stimato il rischio operatorio e quindi la necessità di ulteriori approfondimenti clinici (cardio-respiratori) o di un ricovero programmato in terapia intensive dopo l'intervento.

2. Gestione intraoperatoria

La tecnica chirurgica può essere modificata durante l'intervento a seconda dell'estensione della malattia. Si può rendere necessario ampliare le vie di accesso chirurgico per rendere il campo operatorio meglio esposto. Durante l'intervento può essere necessario asportare strutture che risultano infiltrate dalla malattia e sostituirle con materiale protesico, come ad esempio il pericardio, il diaframma, alcune strutture vascolari, coste o sterno.

3. Gestione post operatoria

Spesso il paziente dopo l'intervento viene ricoverato in terapia intensiva o sub-intensiva. I motivi del ricovero in un reparto di cure intensive sono:

- durata e tipo di intervento (più o meno demolitivo)
- presenza di miastenia
- patologie preesistenti (cardiopatologia, broncopneumopatie, ecc)

4. Gestione delle recidive

In molti casi le recidive di timoma prevedono l'asportazione se tecnicamente possibile.

La decisione di quale approccio scegliere deve essere comunque discusso in sede di discussione multidisciplinare.

[dkpdf-button]

[Contattaci](#)

[Dona ora](#)

[Associati](#)