



Roma, 9-12 novembre 2017

# *“X-Factor in Endocrinologia”*



ITALIAN CHAPTER



## **Un caso di metastasi ossee da carcinoma follicolare della tiroide.**

**Maria Pina Iagulli**

**Servizio di Endocrinologia  
Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria  
Negrar (Verona)**



Roma, 9-12 novembre 2017

# Conflitti di interesse



ITALIAN CHAPTER



Ai sensi dell'art. 3.3 sul conflitto di interessi, pag 17 del Regolamento Applicativo Stato Regioni del 5/11/2009, dichiaro che negli ultimi 2 anni non non ho avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.



Roma, 9-12 novembre 2017

# "X-Factor in Endocrinologia"



ITALIAN CHAPTER



- **Maschio di 46 aa, giunto alla nostra osservazione a fine 2015.**
- **La storia del paziente inizia in altra sede, nella primavera 2014:**
  - **Comparsa di dolore all'emitorace dx**
  - **Indagini radiologiche ( RX e TAC torace) con riscontro di lesione a livello costale verosimilmente di tipo ripetitivo e noduli tiroidei**
  - **PET-FDG con evidenza di lesioni ipermetaboliche al lobo tiroideo destro, alla IX costa destra ed all'acetabolo destro.**
  - **All'ecografia tiroidea nodulo di circa 3 cm al lobo destro con esame citologico compatibile con lesione follicolare (TIR3A).**
  - **Nel luglio 2015 il paziente veniva sottoposto ad intervento di Tiroidectomia Totale con diagnosi istologica di "Carcinoma Follicolare diffusamente invasivo, di tipo oncocitico (a cellule di Hurtle), del lobo tiroideo destro, del diametro di 3 cm, con invasioni vascolari, parziale infiltrazione della capsula ed un linfonodo esente da metastasi".**
- **Giunto alla nostra osservazione il paziente presentava condizioni cliniche buone, eccetto un saltuario dolore all'emitorace dx.**



Roma, 9-12 novembre 2017

# "X-Factor in Endocrinologia"



ITALIAN CHAPTER



**La situazione clinica del paziente veniva discussa dal nostro Team Oncologico Multidisciplinare, si decide per:**

- **PET-FDG di controllo**
- **RADIOIODIO**
- **RESEZIONE CHIRURGICA COSTALE**
- **CONSULENZA ORTOPEDICO - ONCOLOGICA**
- **TERAPIA CON BIFOSFONATI**



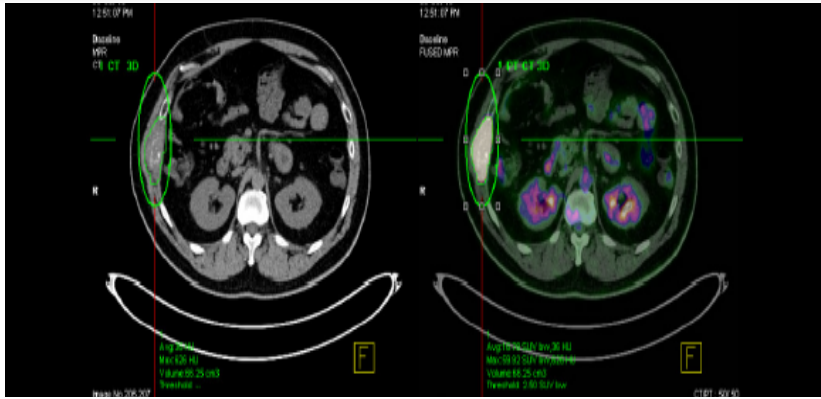
# "X-Factor in Endocrinologia"



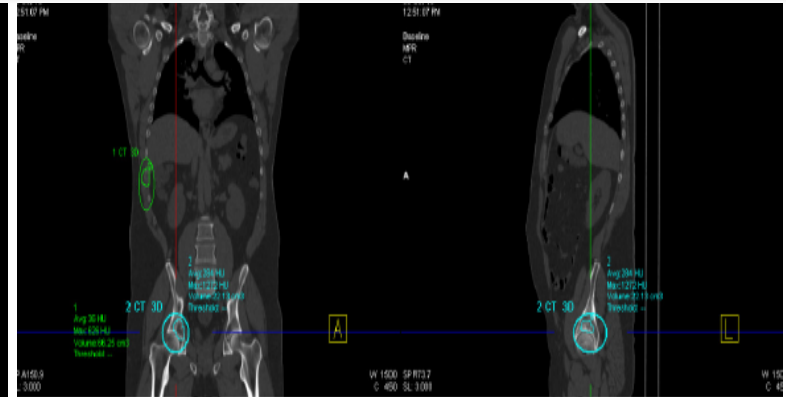
ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

PET-FDG



Ipermetabolismo a livello della IX costa dx  
(Ø 7 cm e SUV max 60)



Ipermetabolismo all'acetabolo dx in parte coinvolto  
da area osteorefacente (Ø 3 cm e SUV max 75)

Nel **gennaio 2016** il paziente veniva sottoposto a **RESEZIONE CHIRURGICA PARZIALE della IX costa destra**: l'esame istologico confermava la natura ripetitiva della lesione, di origine tiroidea, in particolare *documentava localizzazione ossea di ca. follicolare della tiroide, di 4 cm, con estensione ai tessuti molli periossei, invasione vascolare ed infiltrazione dei margini di resezione (all'immunoistochimica TTF1: positivo (+++) PAX8: positivo (+)).*

**Consulenza ortopedica-oncologica:** non indicazione a bonifica chirurgica a livello acetabolare.



Roma, 9-12 novembre 2017

# "X-Factor in Endocrinologia"



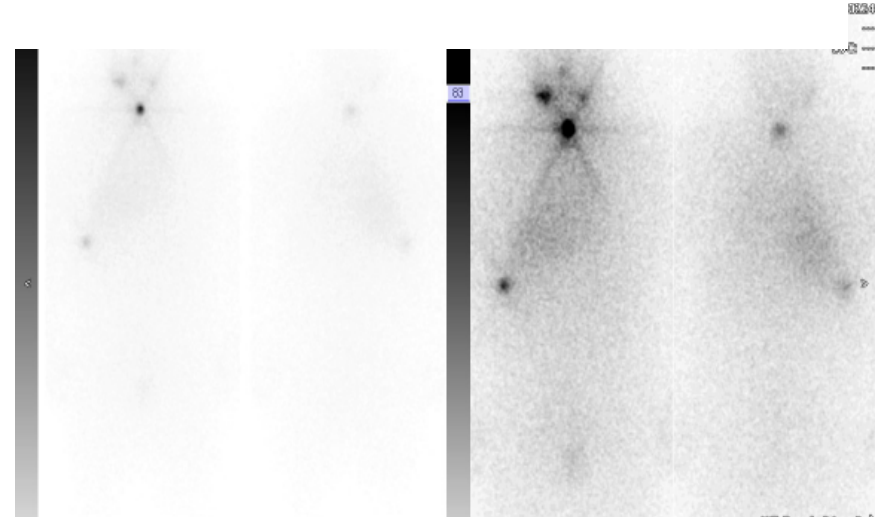
ITALIAN CHAPTER

Nel **febbraio 2016** effettuata **RADIOJODIOTERAPIA** in **ipotiroidismo** (somministrati **150 mCi di  $^{131}\text{I}$** )

TSH 188 mUI/L, **Tireoglobulina 537 mcg/L**, AbTG negativi

## WBS:

- captazione loggia tiroidea e tessuti molli circostanti IX costa dx
- non ulteriori captazioni patologiche, neppure all'acetabolo dx



**La mancata captazione a livello della lesione acetabolare poneva il sospetto di una sdifferenziazione della neoplasia in tale sede con refrattarietà al radiojodio.**



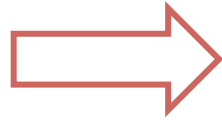
Roma, 9-12 novembre 2017

# "X-Factor in Endocrinologia"



ITALIAN CHAPTER

Il paziente nel frattempo iniziava **terapia con Bisfosfonati**

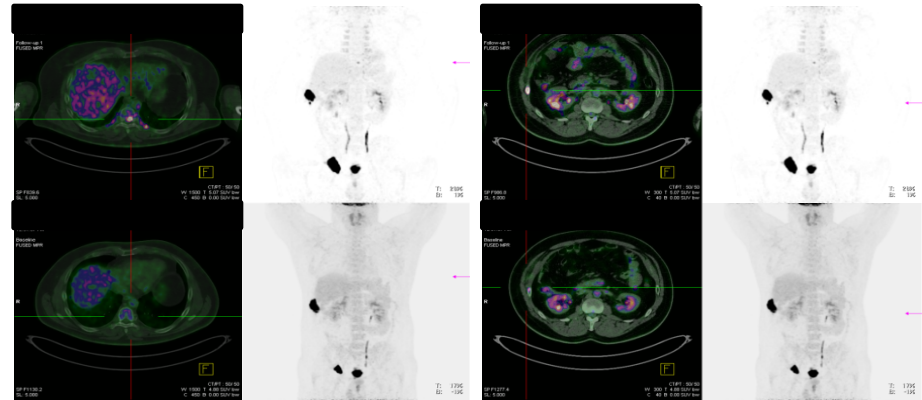


**Zoledronato** (4 mg in infusione 1 volta al mese),  
previa valutazione odontoiatrica,  
associata a **supplementazione di vitamina D** (Colecalciferolo  
50.000 UI mensili) e **calcio** (1 g al dì).

**A fine marzo 2016** il paziente effettuava una **rivalutazione laboratoristica-strumentale**.

## PET-TAC FDG:

- **Aumento di gradiente** alla IX costa destra (SUV max 86 vs 80)
- ed all'**acetabolo destro** (SUV max 100 vs 75)
- **Comparsa** di area di **ipermetabolismo** a carico di **D8** e del tratto laterale della **X costa destra**



**Esami di laboratorio:** TSH 1,17 mUI/L; Tireoglobulina 347 mcg/L; AbTG < 0,9 UI/ml



Roma, 9-12 novembre 2017

# "X-Factor in Endocrinologia"



ITALIAN CHAPTER



**Alla luce del dato della WBS post-RAI a confronto con le due PET-FDG (pre e post-RAI), si ipotizzava che la neoplasia tiroidea fosse composta da due popolazioni cellulari (una iodio sensibile e l'altra no), con progressione di malattia ossea, in particolare della componente refrattaria alla terapia radiojodimetabolica.**

Il paziente è stato sottoposto nel **maggio 2016**, a **RADIOTERAPIA ESTERNA** a livello dell'**acetabolo destro** e della **IX costa destra** (*30 Gy frazionati su entrambe le sedi, in 10 sedute*). Il radioterapista ha ritenuto più vantaggioso posticipare il trattamento su D8.

La **settimana successiva la conclusione del trattamento radiante** comparsa di **dolore acuto all'anca dx**, con riscontro radiologico di una **frattura a livello dell'acetabolo destro**. Quest'ultima nei mesi successivi, si è consolidata ed il paziente, dopo ciclo di fisioterapia, ha ripreso a deambulare.





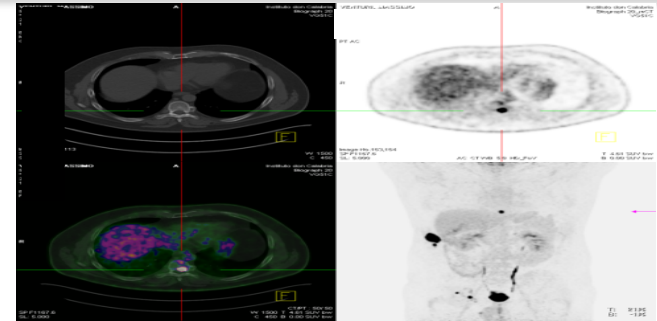
Roma, 9-12 novembre 2017

# "X-Factor in Endocrinologia"



ITALIAN CHAPTER

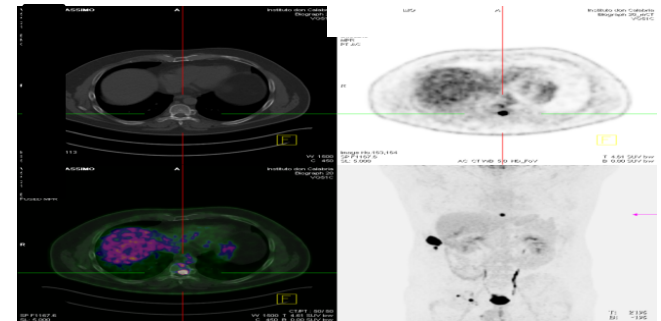
Al controllo **PET-FDG** del **settembre 2016**:  
**ulteriore incremento dell'ipermetabolismo di D8**  
(*SUV max 89*)



Il paziente veniva quindi, sottoposto **TRATTAMENTO RADIANTE ESTERNO** anche a **livello vertebrale (D8)**:  
*somministrati 30 Gy frazionati, in 10 sedute.*

Alla valutazione del **maggio 2017**:

- valori di **tireoglobulina** in TSH-soppressione, in **progressivo incremento** (da **13.53** a **63.3 mcg/l**)
- **progressione di malattia a livello osseo** alla **PET-FDG** con **maggior attività metabolica** delle **lesioni note** (costali a destra, dell'acetabolo destro e di D8) e **comparsa di ipermetabolismo** a carico di **D3**





Roma, 9-12 novembre 2017

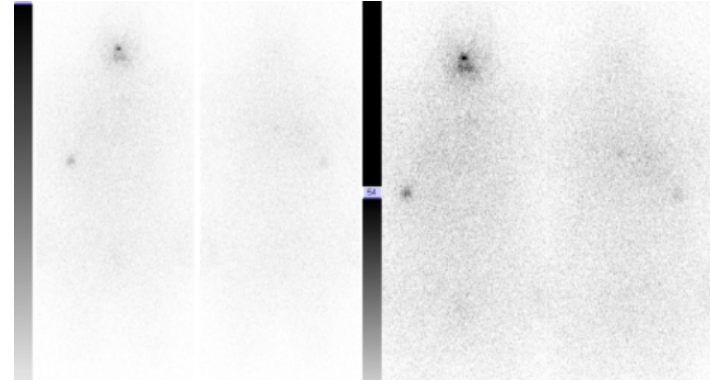
# "X-Factor in Endocrinologia"



ITALIAN CHAPTER

Il paziente è stato sottoposto nel **luglio 2017** a **secondo trattamento radiojodiometabolico in ipotiroidismo** (somministrati **200 mCi di  $^{131}\text{I}$** ):

- TSH 129 mUI/L, TG 190,8 mcg/L, AbTg negativi
- WBS scarsa captazione da parte delle lesioni secondarie



Alla valutazione laboratoristica effettuata **dopo circa 1 mese dalla seconda RAJ** notevole **incremento** della tireoglobulina: TSH 4,44 mUI/L, **TG 239,89 mcg/l**, AbTg negativi.

La **situazione clinica** del paziente è stata **ridiscussa collegialmente dal Team Multidisciplinare**, concludendo per **progressione di malattia ossea con refrattarietà alla terapia radiojodiometabolica** ed è stata **posta indicazione al trattamento con Lenvatinib**, non essendo proponibili allo stato attuale, altre procedure terapeutiche.

Il paziente ha **iniziato da circa 1 mese** trattamento **LENVATINIB (24 mg/die)**, attualmente ben tollerato (segnalata solamente lieve astenia).



Roma, 9-12 novembre 2017

# "X-Factor in Endocrinologia"



ITALIAN CHAPTER



## CONCLUSIONI

- Non sempre il CDT si comporta in modo indolente, e talvolta il primo segno della malattia è una lesione ripetitiva, anche a livello osseo.
- La terapia radiojodimetabolica resta il trattamento più efficace nelle lesioni metastatiche da CDT, anche in quelle ossee, ma, anche nel singolo paziente, la sensibilità al radioiodio può essere diversa fra le varie lesioni ed anche assente.
- Nelle metastasi ossee da CDT è di fondamentale importanza la terapia antiriassorbitiva, sia per prevenire e/o ridurre il rischio di eventi scheletrici, che per l'effetto antineoplastico.
- Le metastasi ossee da CDT refrattarie alla terapia radiojodimetabolica, richiedono approcci terapeutici alternativi: radioterapia complementare, oncochirurgia ortopedica correttiva e se persiste progressione di malattia possono essere utilizzati anche gli inibitori delle protein-chinasi.
- Fondamentale nella gestione dei pazienti con CDT refrattari alla terapia radiojodimetabolica, la gestione da parte di un Team multidisciplinare.

**GRAZIE**