

UNA DECISIONE TERAPEUTICA DIFFICILE

Laura Veronica Camerieri¹, Ilaria Ricco¹, Antonella Montepagani¹, Mario Cappagli¹, Donatella Intersimone², Miryam Talco²

¹Endocrinologia, ²Anatomia Patologica, Ospedale S. Andrea, La Spezia

Introduzione

La sig.ra Ul di 91 anni, in buone condizioni generali, ha effettuato 2 mesi fa una prima visita endocrinologica presso la nostra struttura per una valutazione in gozzo uninodulare noto da diversi anni, con rapido accrescimento del nodulo negli ultimi mesi.

Descrizione del caso

In anamnesi la paziente presentava alcune comorbilità di frequente riscontro in considerazione dell'età, come ipertensione arteriosa (trattata con ACE-inibitore), diabete tipo 2 (in terapia con ipoglicemizzanti orali) e l'anemia sideropenica (in terapia marziale per os). Sia il diabete che l'ipertensione risultavano in buon controllo per l'età e l'anemia era di modesta entità.

All'esame obiettivo il voluminoso nodulo risultava visibile, di consistenza aumentata e poco mobile sui piani sottostanti. La paziente non riferiva disturbi compressivi al collo né disfagia né dispnea, ma calo ponderale di 2-3 kg negli ultimi mesi.

L'ecografia tiroidea da noi eseguita ha confermato una voluminosa formazione nodulare solida isoecogena a carico del lobo sinistro, che risultava significativamente aumentata, con estensione in regione istmica. Il nodulo ben alonato con lacune cistiche interne era di 52 x 80 x 80 mm, in significativo aumento dimensionale (solo in parte misurabile). All'ecografia tiroidea del 2013 era di 36 x 43 x 47 mm). Non noduli al lobo dx. Non linfadenomegalie laterocervicali rilevanti.

Dato il rapido accrescimento del voluminoso nodulo, sono stati programmati, nonostante l'età della paziente, un controllo della funzione tiroidea (non nota), l'esame citologico mediante agoaspirato e una TC del collo senza mdc per valutazione del grado di deviazione/compressione tracheo-esofagea. Gli esami richiesti hanno documentato:

- agoaspirato tiroideo: tireociti a pattern di crescita in nidi e lembi, con frequente sovrapposizione dei nuclei, rotondeggianti, lievemente ipercromatici e talora nucleolati e atipici; quadro citologico sospetto per neoplasia follicolare (categoria IV secondo Bethesda);
- TC collo senza mdc: nella sede del lobo tiroideo sinistro grossolana formazione nodulare di densità disomogenea, prevalentemente iso-ipodensa con cercine tenuemente iperdenso, delle dimensioni di 88 CC x 74 LL x 61 AP mm, parzialmente affondata in mediastino, che giunge caudalmente fino ad un piano passante per D1, in corrispondenza dell'articolazione sterno-claveare sinistra. Tale formazione disloca controlateralmente tutta la colonna aerea e comprime la trachea e l'esofago, con modesta riduzione del lume, dislocando e comprimendo anche la cartilagine tiroidea omolaterale. Alcuni linfonodi sottocentimetrici nelle stazioni linfonodali del collo (I, IIa, e II B bilateralmente). Lobo tiroideo destro di dimensioni ridotte. Invariato il tessuto a densità sovraliquida situato nel mediastino anteriore, già segnalato nella TC del 29.1.2014 e i linfonodi subcentimetrici in sede paratracheale ed alla finestra aorto-polmonare. Calcificazioni aortiche e coronariche.
- Ormoni: TSH 3.3 µUI/ml, FT4 0.9 ng/dl, calcitonina 1 pg/ml.

Conclusioni

Alla luce dei risultati delle indagini effettuate, in considerazione dell'età della paziente, dell'aspettativa di vita ridotta, delle comorbilità e dell'assenza di sintomi attribuibili al voluminoso gozzo, ci siamo chiesti quale fosse la scelta terapeutica più adatta e,

discutendone con lei e i suoi familiari, abbiamo spiegato loro le varie opzioni ed il rapporto rischio/beneficio di ognuna di esse: l'intervento di tiroidectomia totale, l'ablazione del nodulo con radiofrequenza (RF) o laser (PLA) o solo il follow-up strumentale. La paziente e i suoi familiari hanno scelto di effettuare controlli periodici strumentali e di prendere in considerazione l'intervento o la RF o la PLA solo in caso di comparsa di sintomatologia. È questa una scelta condivisibile?