

**Possibile iter terapeutico nel carcinoma tiroideo differenziato metastatico avanzato:
a case report ongoing**

L Barba, F Scavuzzo, D Serino, D De Brasi, V Novizio
UOD Endocrinologia AORN A. Cardarelli, Napoli

Introduzione: Il carcinoma tiroideo differenziato (CTD) rappresenta il tumore più frequente fra le neoplasie endocrine maligne; si stima infatti che circa il 5% dei noduli tiroidei siano positivi per cellule maligne e che nel 2020 il CTD raggiungerà il secondo posto per frequenza dei tumori nelle donne. La prognosi vitae è buona se opportunamente gestito.

Descrizione del caso: paziente F di 67 anni giunge in consulenza per riscontro di secondarismi tiroidei. Riferisce storia di tiroidectomia totale nel 1999 e successiva terapia sostitutiva con L-T4 con apparente benessere per oltre 10 anni, fino alla comparsa di una tumefazione a livello della parete toracica sinistra per cui viene indirizzata dal curante in pneumologia.

All'esame TC evidenza di lesione eteroplasica di 96 mm in sede toraco-addominale con infiltrazione delle coste e delle strutture muscolari e di noduli polmonari multipli (9-17 mm). A carico del rachide presenza di lesioni osteolitiche di aspetto ripetitivo in D10, D11, D12 ed L4; a quest'ultimo livello il tessuto solido ripetitivo aggetta posteriormente nel canale vertebrale per circa 8 mm, improntando la banda subaracnoidea. Ulteriori lesioni osteolitiche ripetitive coinvolgono la branca ischiatica destra e la clavicola destra (circa 5 cm).

La biopsia della parete toracica pone diagnosi di tessuto fibromuscolare sede di infiltrazione di carcinoma tiroideo ben differenziato a pattern follicolare, in accordo con l'esame istologico del 1999 (TNM pT2 Nx M0, Stadio 2, Grading G2).

Anamnesi pregressa muta per trattamento con Iodio 131 (RAI) o dosaggio di tireoglobulina (Tg) ed anticorpi (AbTg).

Il dosaggio ematochimico richiesto, in linea con i referti biotipici, evidenzia valori di Tg di 1000 ng/ml e AbTg 0,86 UI/l.

La diagnosi di multiple lesioni ripetitive da carcinoma tiroideo differenziato candida la paziente a terapia sistemica e/o integrata, la presenza tuttavia di una lesione di quasi 10 cm e l'interessamento osteo-midollare sollevano problemi di gestione clinica in merito alla schedulazione.

In accordo con i consulenti neurochirurghi, viene escluso il trattamento percutaneo con V.P. delle metastasi vertebrali per alto rischio di «fuga» di cemento nel canale vertebrale che andrebbe ad aggravare i fenomeni compressivi nelle strutture meninge. Si introduce terapia antalgica con ossicodone + naloxone, paracetamolo e pregabalin.

Sebbene non vi sia consenso riguardo alla sequenza ottimale di EBRT e RAI, alcuni dati sembrerebbero propendere per la schedulazione di EBRT prima nei pazienti con voluminose metastasi ed incerta risposta al RAI. Si procede pertanto con la EBRT (20 Gy per ciascuna sede), con lo scopo di sfruttare anche l'azione antalgica del trattamento, dato lo scarso controllo del dolore con la terapia farmacologica. Per le lesioni osteolitiche viene inoltre introdotto l'acido zoledronico in somministrazione mensile come da schema convenzionale.

La TC post EBRT mostra una lieve riduzione della lesione target irradiata (88 vs 96 mm), una stabilità della formazione in sede clavicolare, ma un peggioramento del quadro generale (nuova lesione costale, lesione target polmonare 22 vs 18 mm). La marginale risposta alla EBRT fa propendere per il debulking chirurgico della lesione dominante toracoaddominale, al fine di sottoporre la paziente alla RAI.

La paziente è attualmente in attesa del trattamento con Iodio 131.

Conclusioni: il CDT è un tumore generalmente a prognosi benigna se gestito nei modi e nei tempi previsti, possibili imprudenze mediche o scarsa aderenza dei pazienti ai follow-up mutano fortemente lo scenario clinico. Sebbene le L.G. forniscano un valido strumento di guida per la popolazione generale degli affetti, singoli casi clinici possono necessitare di trattamenti ad hoc. Il caso clinico esposto non ha la presunzione di fornire l'unico iter terapeutico possibile, ma sottolinea la complessità di gestione clinica dei pazienti metastatici avanzati.