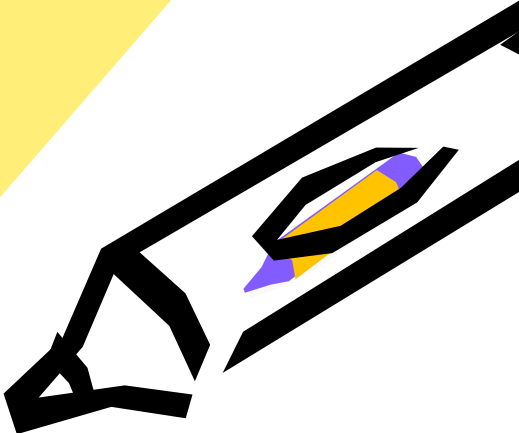
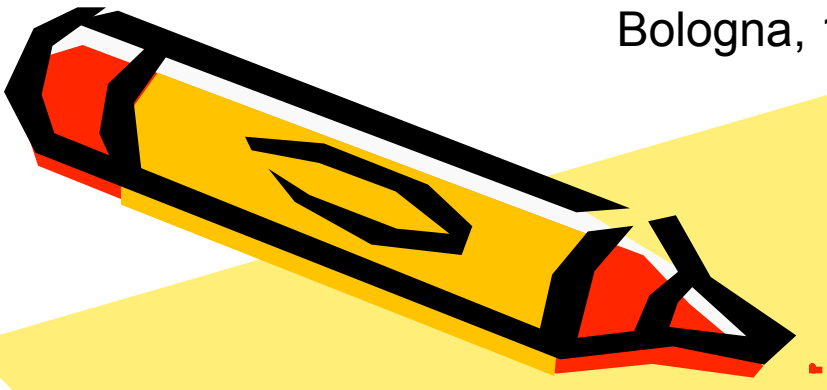



Bologna, 10 maggio 2014



TUMORI DIFFERENZIATI DELLA TIROIDE: PROBLEMI APERTI

CASO CLINICO

Claudio Crivellaro



V.M. M,*1970 06/2009

A.Fam.:

Non tireopatie, non endocrinopatia, non diatesi neoplastica

APR:

Nessuna patologia rilevante

A.Fis.:

Non fumo, non alcool, non farmaci, non allergie, alvo, diuresi ndp

APP:

Riscontro accidentale di nodo tiroideo sospetto al lobo tiroideo dx di 5x4x3cm e micropoliadenia l.c. dx dubbia

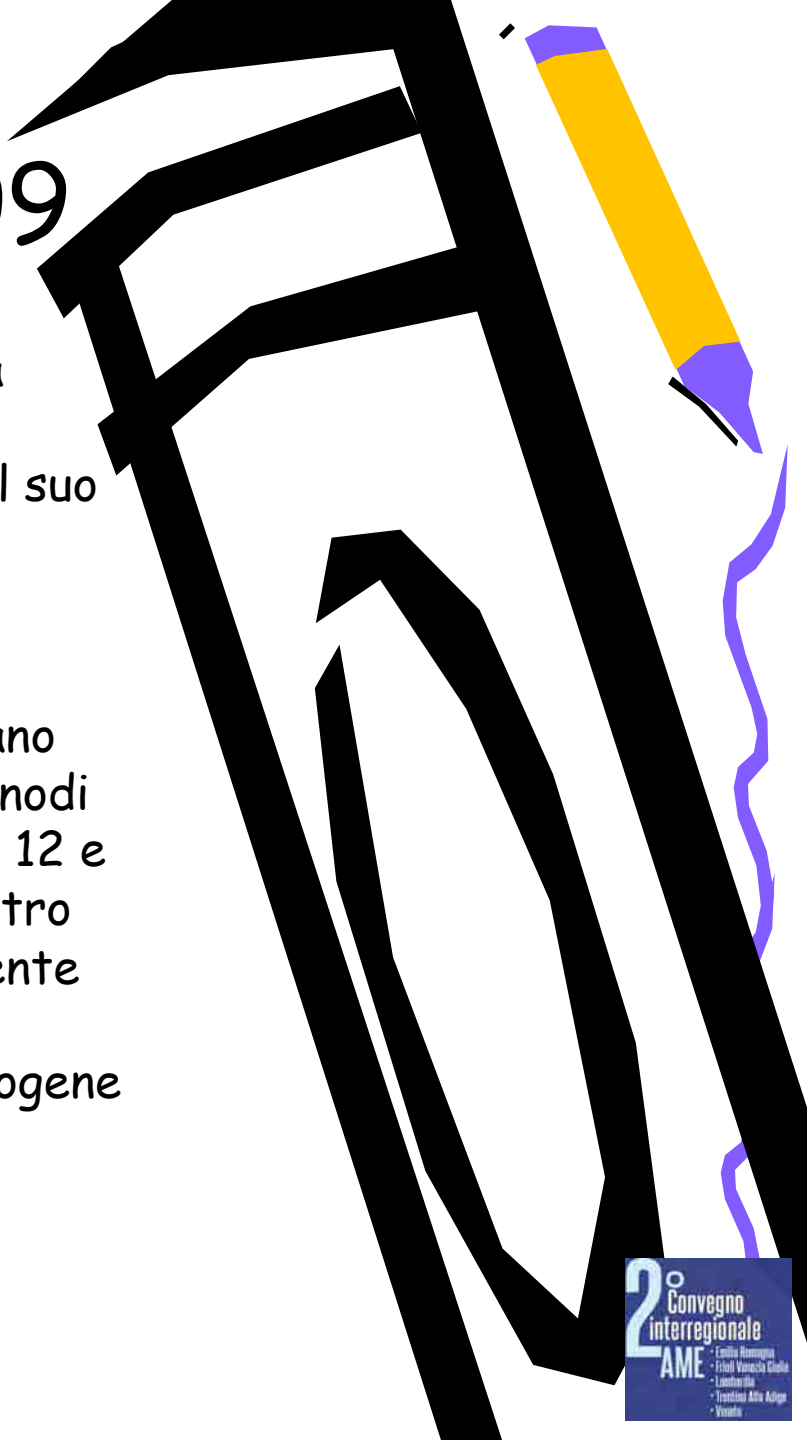




Ecografia collo 6.2009

(...) al lobo dx presente formazione nodulare di ca 5x4x3cm a truttura ipoecogena disomogenea senza orletto ipoecogeno, ben vascolarizzata al suo interno, cranialmente alcune piccole sfumate formazioni ipoecogene subcentimetriche con alterazioni calcifiche capsulari (...).

Lateralmente alla ACC omolaterale si evidenziano all'altezza del polo tiroideo superiore due linfonodi fusati disomogenei senza netto ilo vascolare di 12 e 15mm di diametro max e subito caudalmente altro simile di 5mm. Ancora caudalmente e lateralmente altri 2 LN fusati di 12 e 15mm. A level IV. posteriormente allo SCM due formazioni ipoecogene tozze di 10 e 7mm.

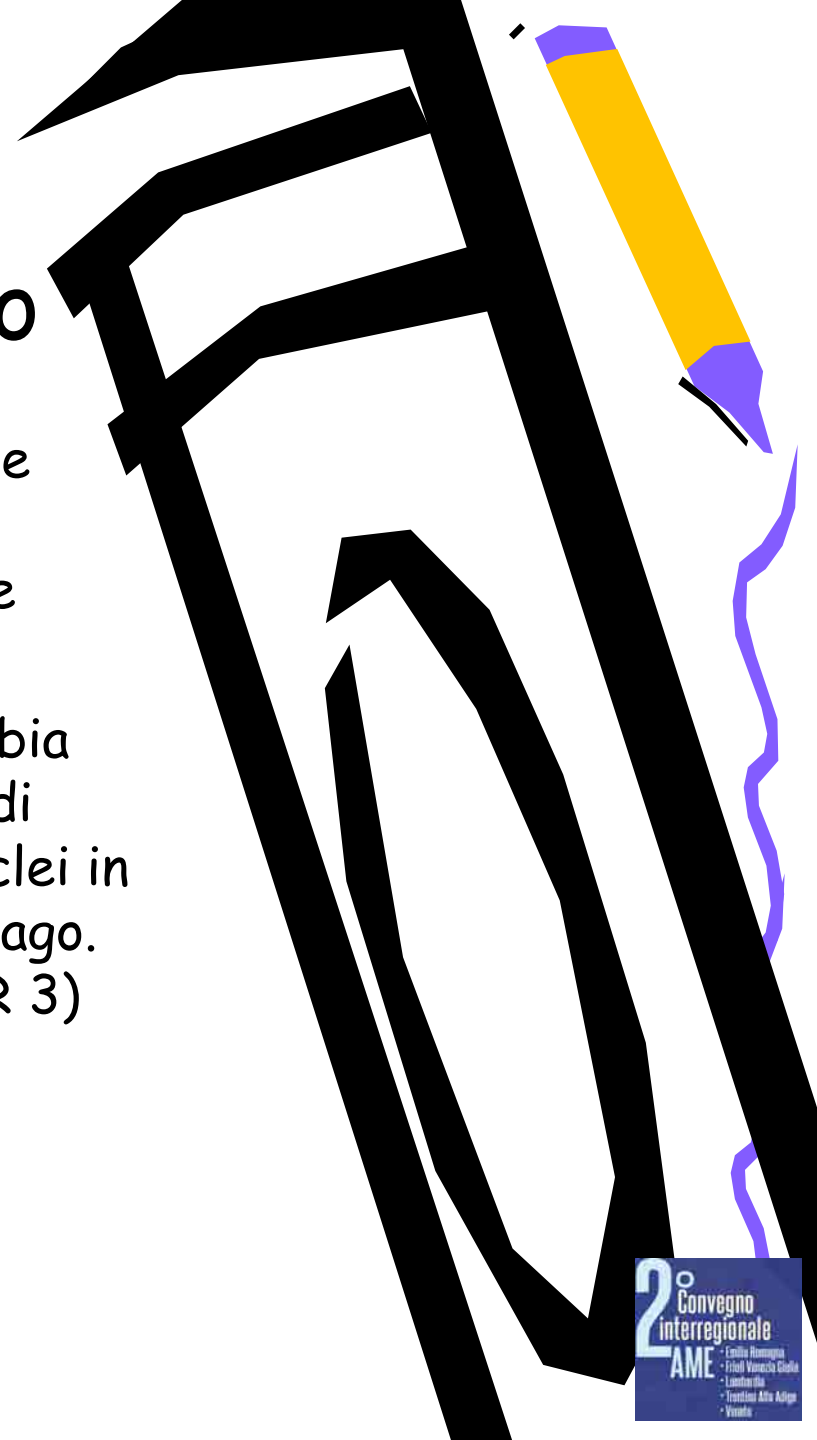




6.2009: FNAB eco-assistita nodo tiroideo

Negativa la ricerca di cellule neoplastiche nell'aspirato tiroideo in esame; quadro scarsamente cellulato con poca colloide e tireociti regolari

- RIPETIZIONE: quadro citologico di dubbia dignità per la presenza di singoli gruppi di tireociti con aspetti di anisonucleosi, nuclei in parte sovrapposti e qualche tireomacrofago. Materiale complessivamente scarso (TIR 3)





6.2009: FNAB eco-assistita
linfonodo l.c. Level III. dx

- CITO:
materiale non diagnostico,
assenza di elementi cellulari

dosaggio Tg nell'eluato : > 1500ng/ml
Tg sierica 54ng/ml





06.2009:
I. Int. Chirurgico

Tiroidectomia tot.+linfadenectomia
del compartimento centrale

Istologia:

ca. papillare n.a.s., metastasi Ln (8/8)

a dx, (0/2) sx

pTNM:pT3 N1a Mx Ro, Lo, Vo





08.2009: Radiojodioterapia in sospensione di T4

- Somministrati 5,5 GBq RJ
- Tg sierica pre-ter. 51,5ng/ml
- Tg Ab 1200 KU/l
- TSH 158,2 m U/L





WBS post-dose

(...) due aree di iodofissazione in loggia tiroidea, la prima di aspetto tondeggiante e di maggiori dimensioni in paramediana dx, la seconda di aspetto analogo in paramediana sx.

Non si rilevano altre zone al di fuori delle aree fisiologiche





...commento alla WBS:

Visto l'esito della scintigrafia
ed il valore di Tg e TG-Ab
ritengo utile esecuzione di
PET-TC fra 2-3 mesi e
rivalutazione ecografica del
collo..





10.2009:

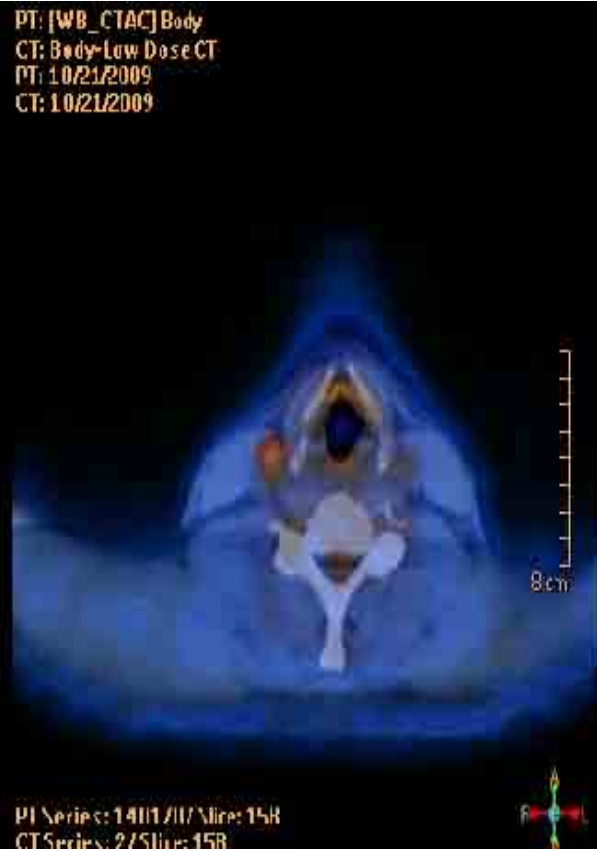
PET-TC con ^{18}F -FDG

- Adenopatie secondarie in sede laterocervicale dx; reperto meritevole di approfondimento diagnostico in sede paratracheale alta a dx.



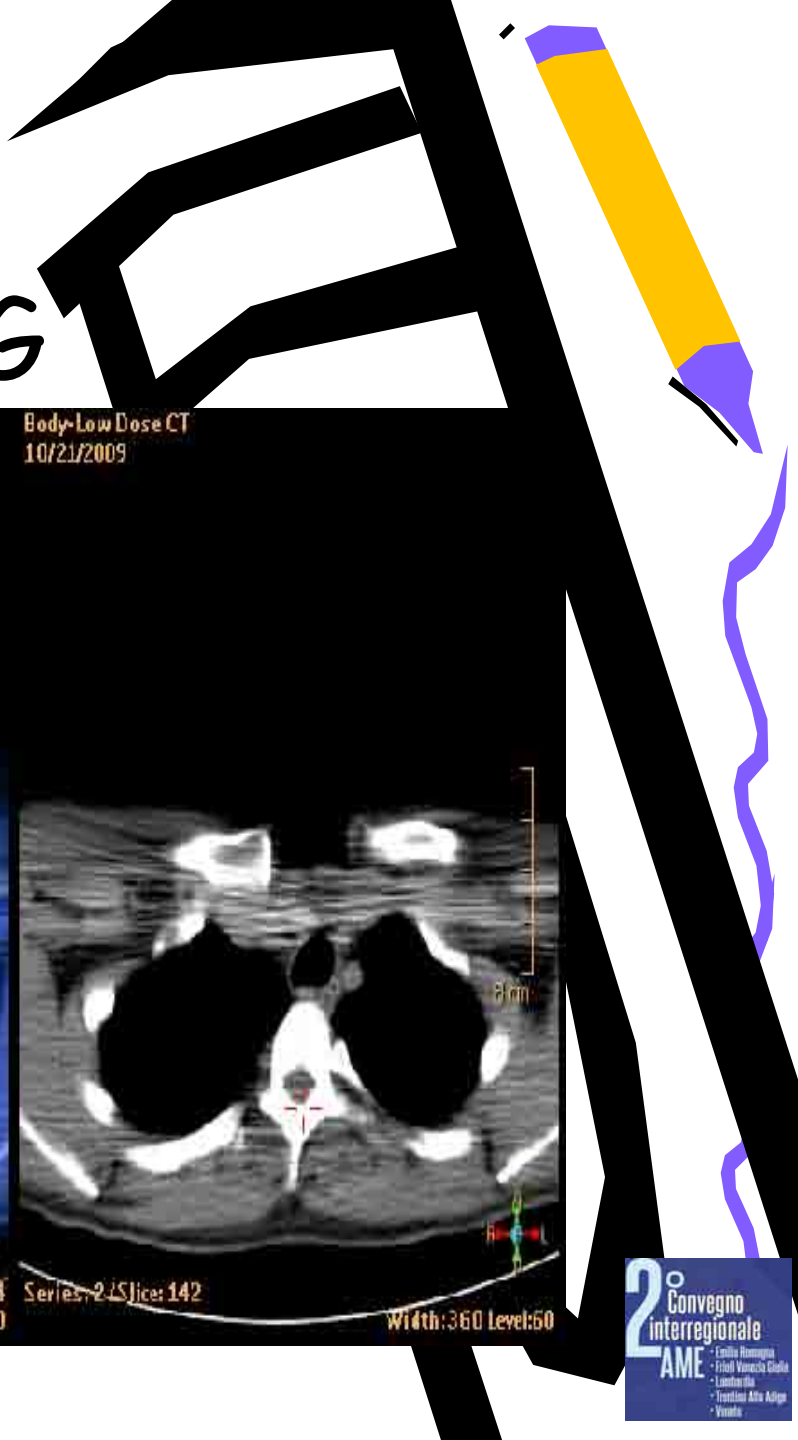
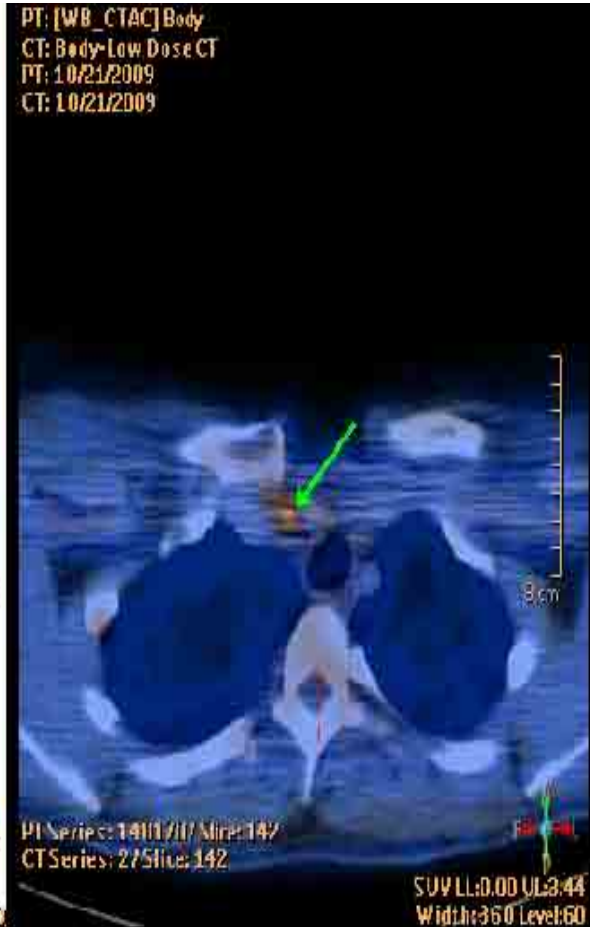


10.2009: PET-TC con *18-FDG





10.2009: PET-TC con *18-FDG





11.2009: II.Chirurgia (Prof. M.R.P.)

- Dissezione linfonodale giugulo-carotidea dx con esplorazione estesa inferiormente fino all'angolo venoso succlavio-giugulare con riscontro di adenopatia retrocarotidea
- **Complicanza: S. Claude-Bernard-Horner dx**
- Istologia: metastasi linfonodali di ca.papillare della tiroide (8/20)





02.2010: FU

- Tg 4,1 ng/ml
- Tg-Ab 408 U/L (↓)
- TSH 3,49 U/ml (?!)

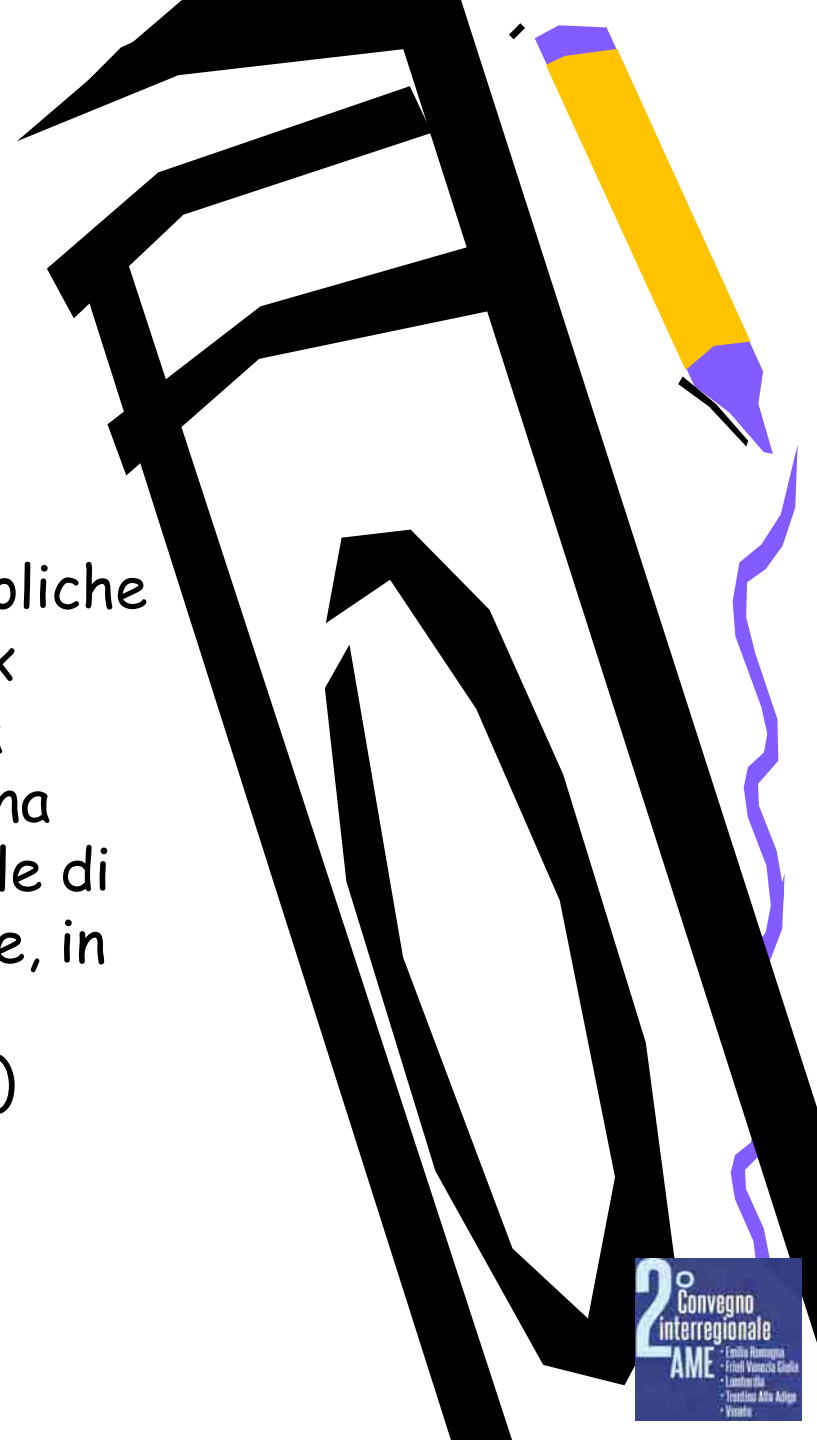
Ecografia del collo: linfonodo con caratteri ecografici di reattività in sede retroclavare dx dorsalmente all'ACC (10x8x9mm) Resto neg





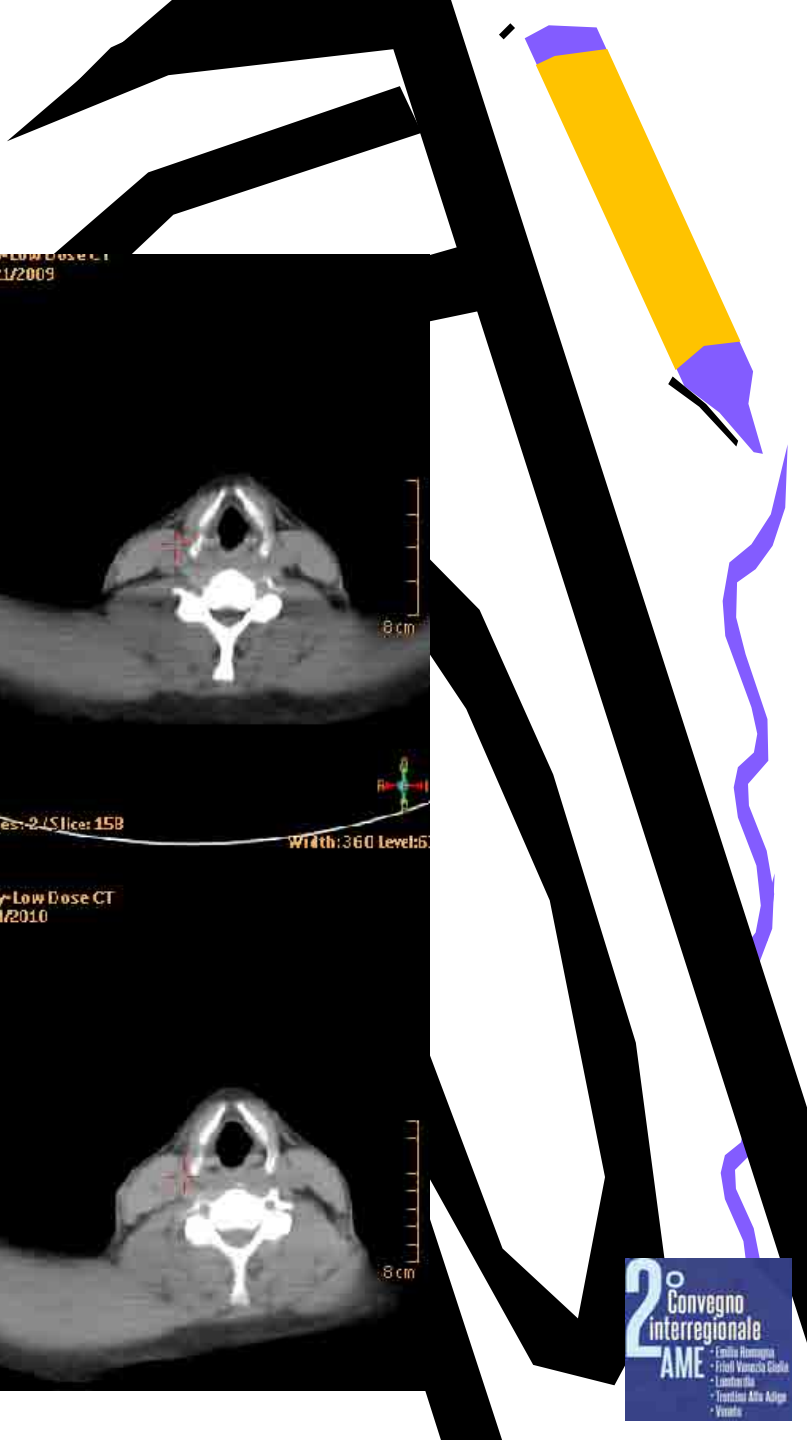
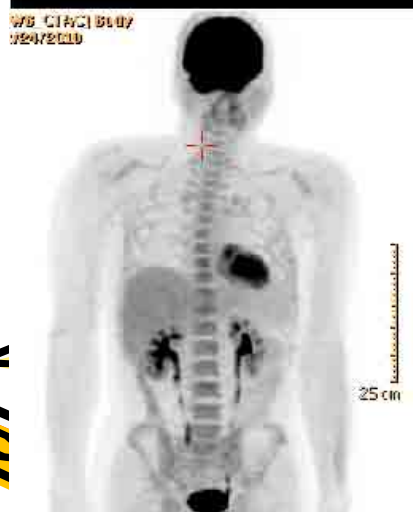
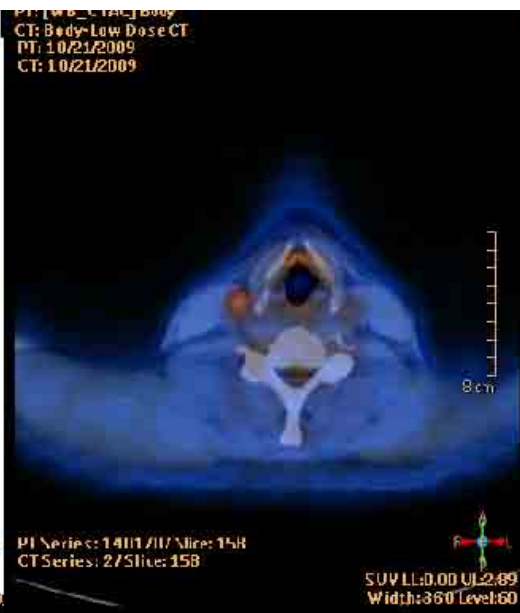
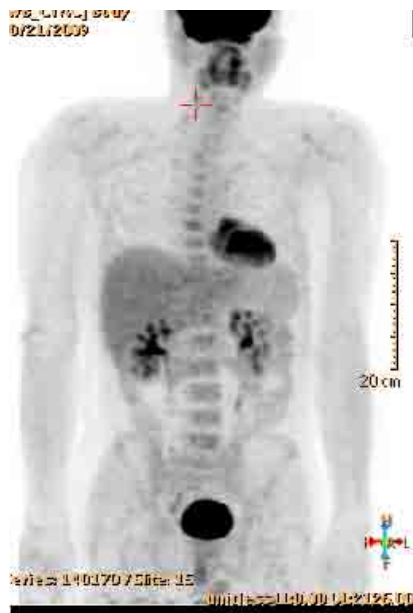
02.2010: PET-TC *18-FDG

Non più visibili le ipercaptazioni metaboliche in l.c. Dx (...) in sede paratracheale dx posteriormente al capo sternale della clavicola tra il tronco anonimo e la vena brachio-cefalica si osserva area focale di tenue iperaccumulo del tracciante che, in considerazione della sede, appare meritevole di stretto monitoraggio(...)



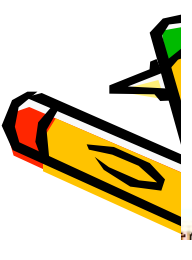
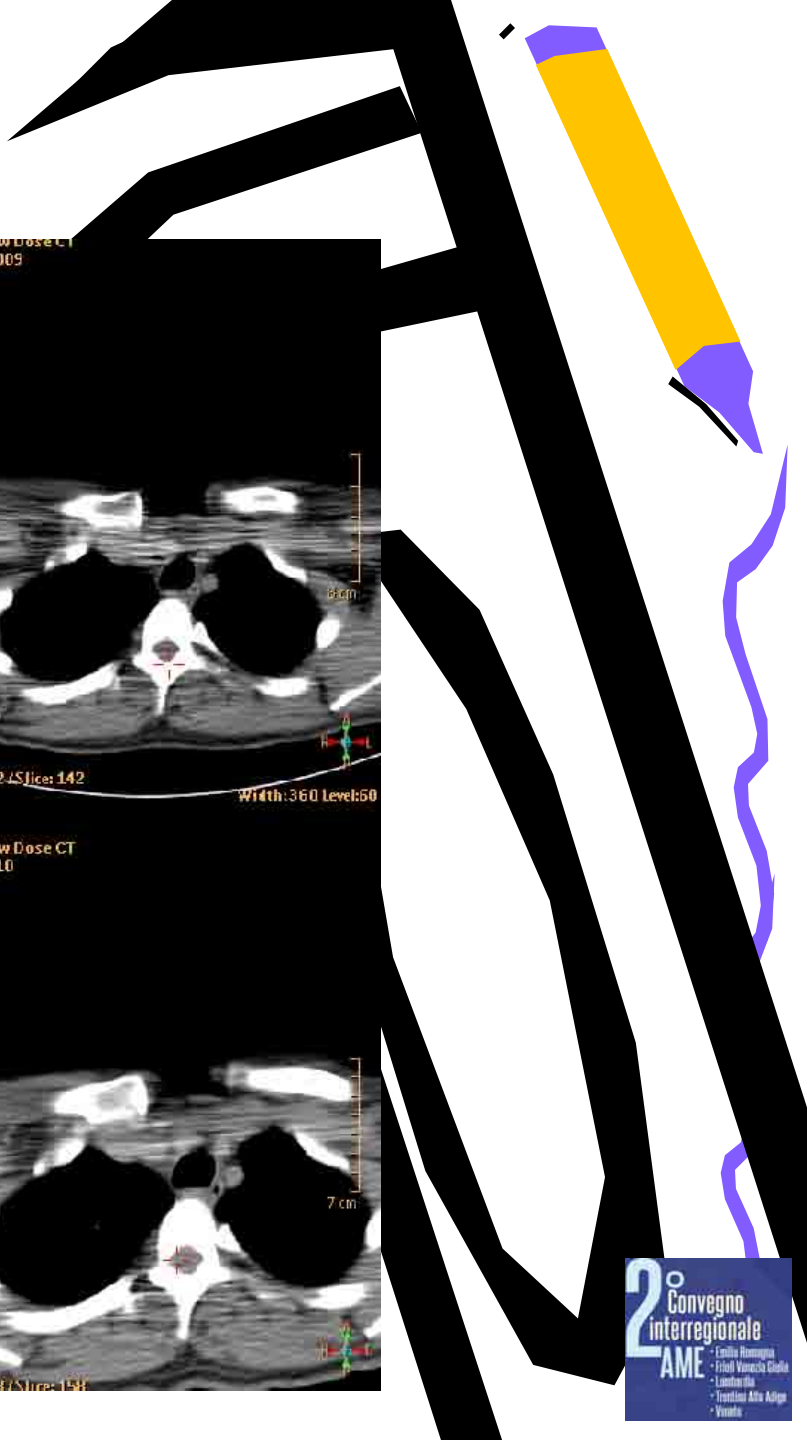
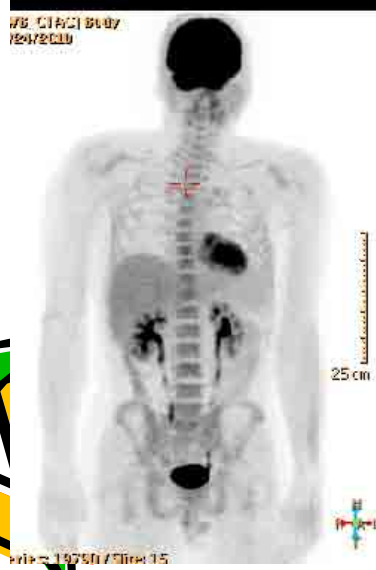
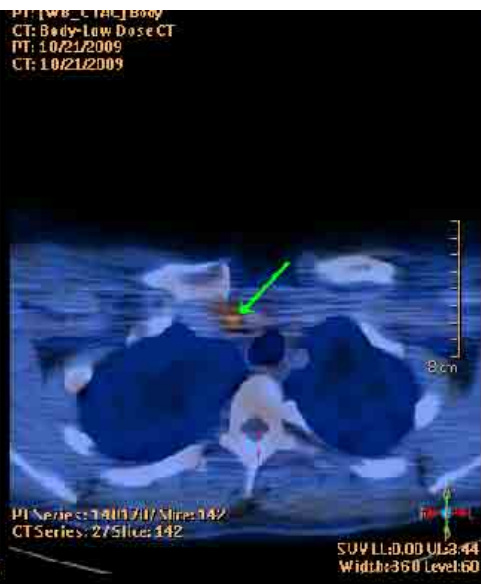


02.2010: PET-TC *18-FDG





02.2010: PET-TC *18-FDG



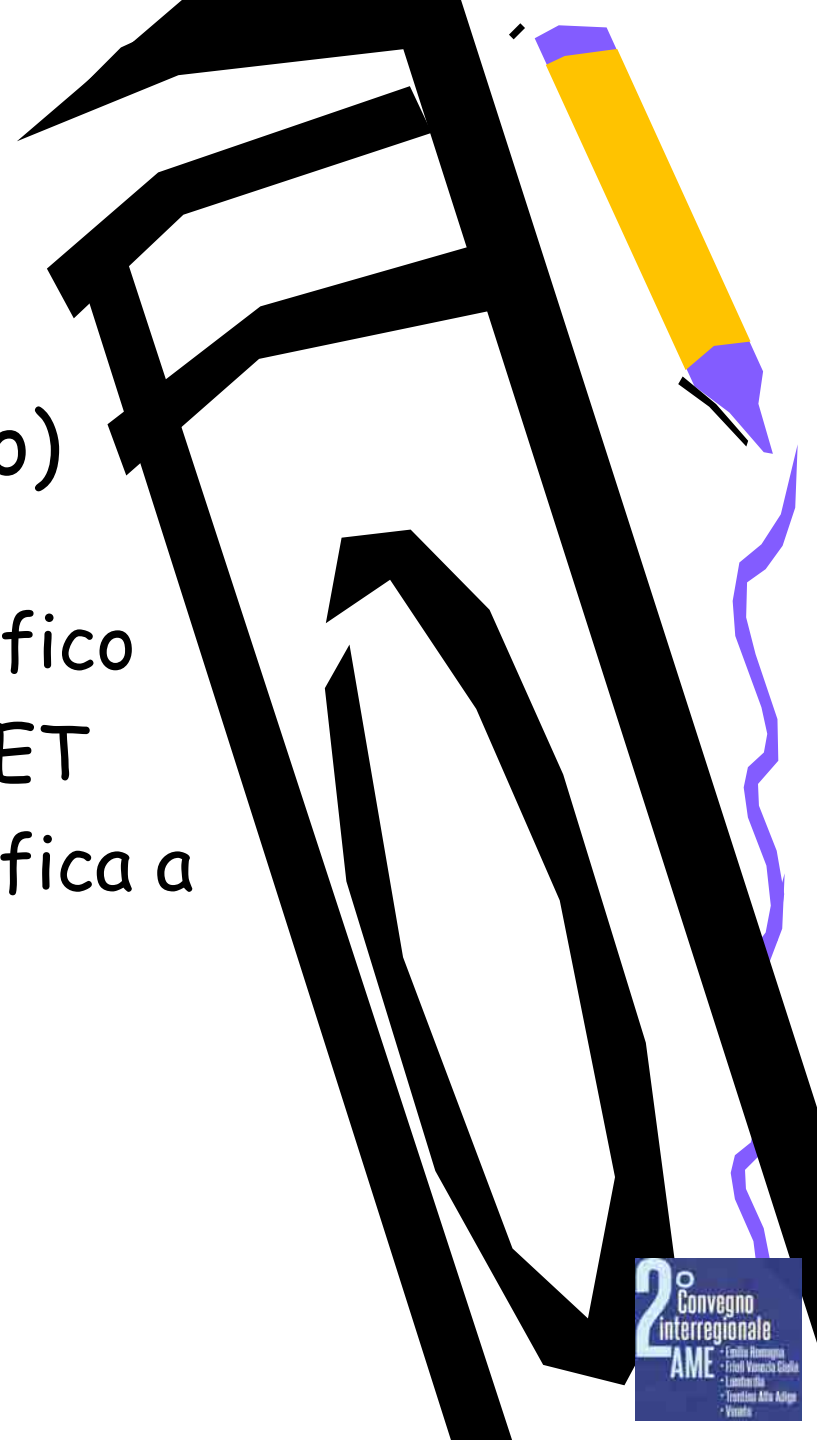


Da noi consigliato...
(Prof. MRP concorda,
disponibile a reintervento)

- Controllo sierologico / ecografico
tra 4-6 mesi, evtl ripetizione PET
- Potenziamento tiroxina e verifica a
breve (2 mesi)



- Tg 4,44 ng/ml
- TSH 0,3 U/ml
- TG-Ab 431 U/L (=)





FU: 09.2010

- TSH 0,48 mU/L
- Tg 6,77 ng/ml
- TG-Ab 524 U/L (^)
- Ecografia del collo

In sede retroclaveare - medistinicca alta a dx, caudalmente all' a. succlavia vicino all'origine si apprezza formazione solida ovalare disomogenea vascolarizzata di ca. 23x14mm. Per la difficile esplorabilità ecografica non appaiono meglio definibili i limiti della lesione e i dettagli sui suoi rapporti con le strutture contigue.

Concl.: probabile residuo/recidiva di malattia npl tiroidea in sede retrosternale-mediastinicca alta a dx





09.2010: RM collo-torace:

In sede retrosternale dx, tra v. succlavia e tronco brachiocefalico si documenta linfonodo del diametro di 2cm. Non si evidenzionalo lesioni parenchimali polmonari, documentabili alla RM se di dimensioni > 5mm.





12.2010 III.Chirurgia (Prof. M.R.P.)

Bonifica di recidiva l.c. dx localizzata in sede retrosternale al passaggio dei compartimenti centrale e giugulo-crotideo d a livello della confluenza venosa. L'exeresi radicale ha comportato la sezione e parziale asportazione dei mm. pretiroidei di dx



Istologia:

Macrometastasi di ca. papillare della tiroide
Tessuto fibromuscolare indenne da infiltrazione





03.2011: FU

TSH < 0,01 mU/L

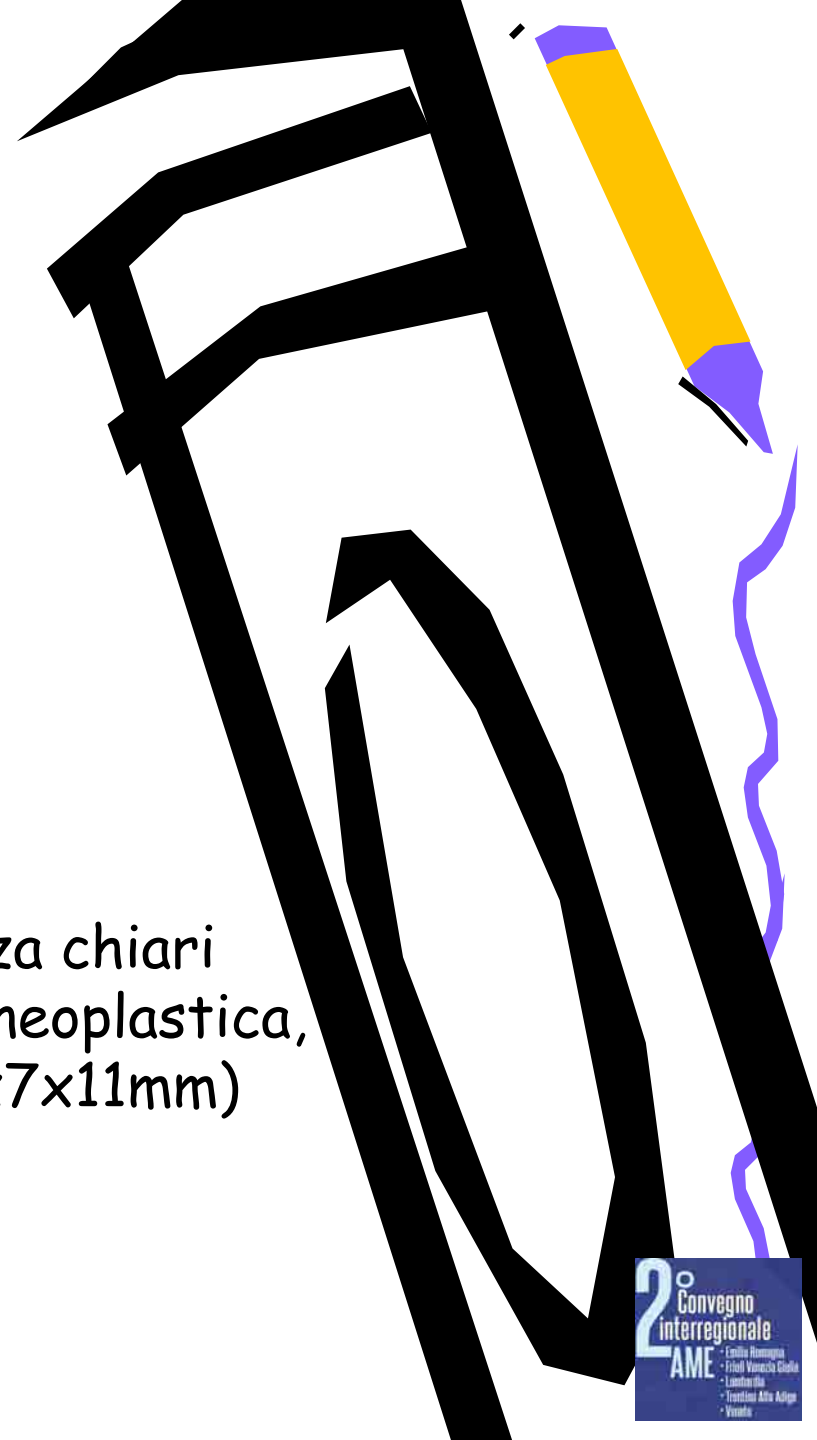
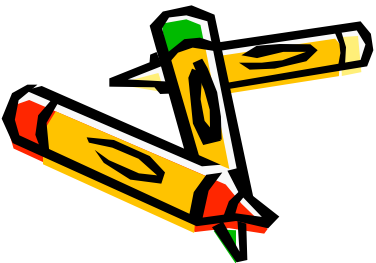
FT3 4,38 pg/ml (2,56-4,33)

FT4 21,47 pg/ml (9-17)

Tg < 0,20 ng/ml (1,6-59)

TG-Ab 148 U/L (< 40) (↓)

Eco collo: linfonodo patologico, pur senza chiari caratteri ecografici di infiltrazione neoplastica, dorsalmente alla ACC all'origine (12x7x11mm)





05.2011: FU

TSH 0,11 mU/L

FT3 3,72 pg/ml (2,56-4,33)

FT4 17,21 pg/ml (9-17)

Tg < 0,20 ng/ml (1,6-59)

TG-Ab 161 U/l

Ricerca di mutazioni a carico del gene B-RAF
(V660E) mediante tecnica PCR Strip-Assay:

mutato





11.2011: FU

TSH 0,44 mU/L

FT3 3,25 pg/ml (2,56-4,33)

FT4 14,36 pg/ml (9-17)

Tg < 0,20 ng/ml (1,6-59)

TG-Ab 135 U/L (< 40) (= / ↓)

Eco collo: linfonodo patologico, pur senza tipici caratteri ecografici di infiltrazione neoplastica, dorsalmente alla ACC all'origine (15x9x8mm) (inv.)





11.2011.

Noi consigliamo:

- FU ecografico/sierologico tra 4-6 mesi
- evtl PET se Tg dosabile e/o TG-Ab in aumento





06. 2012: FU

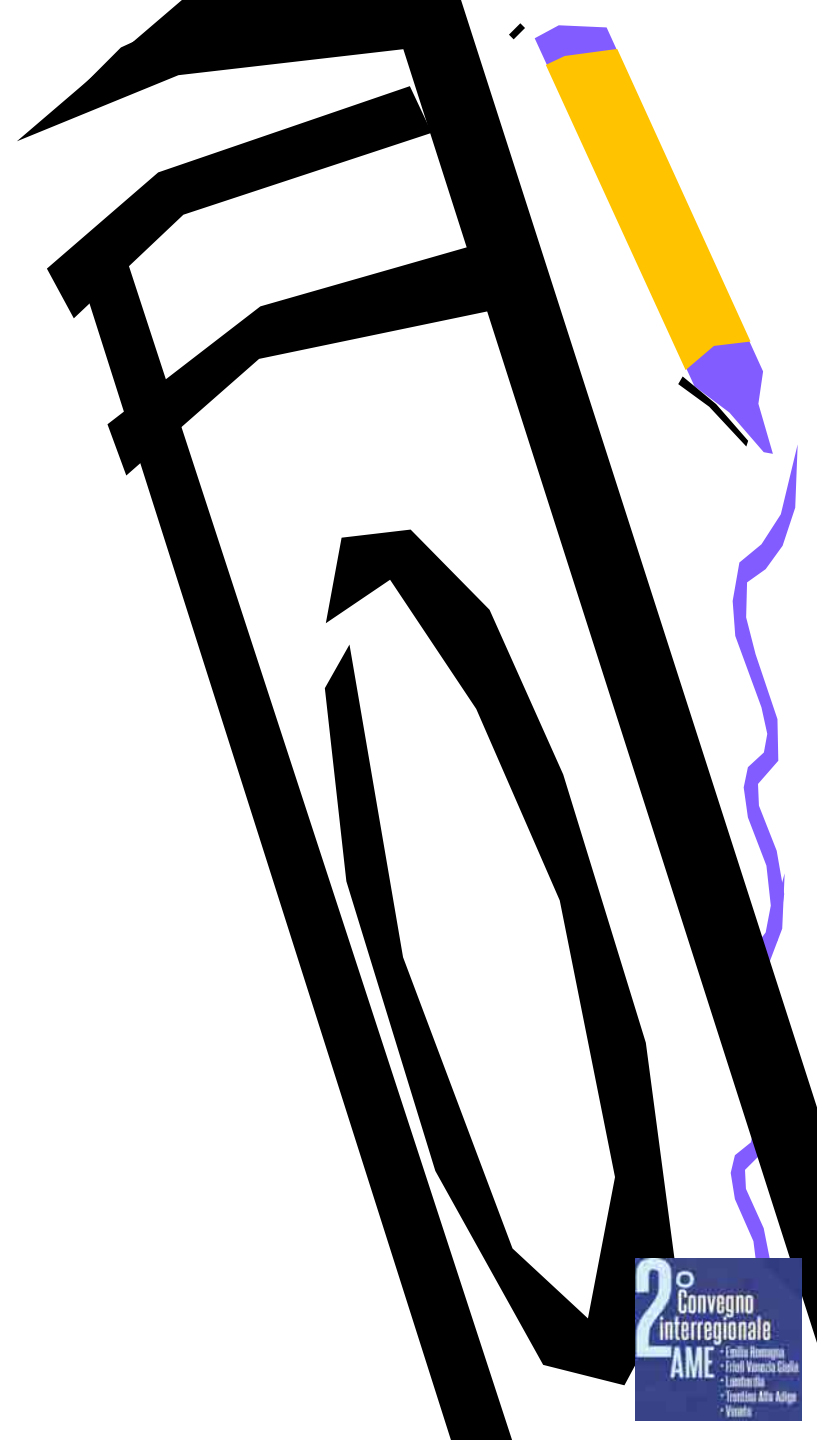
TSH 0.04 mU/L

FT4 17,67 pg/ml

FT3 3,71 pg/ml

Tg 1,01 ng/ml (1,6-59,9)

TG-Ab 138 U/L (=)





06. 2012: FU

Eco collo:

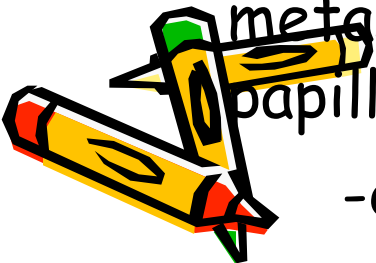
reperto invariato rispetto al prec.
LN dubbio dorsalmente all'origine
della ACC dx.

FNAB eco-assistita:

- **positiva** la ricerca di elementi npl,
quadro compatibile con
metastasi . di noto ca.

capillare tiroideo

-dosaggio Tg nell'eluato **>1500ng/nl.**





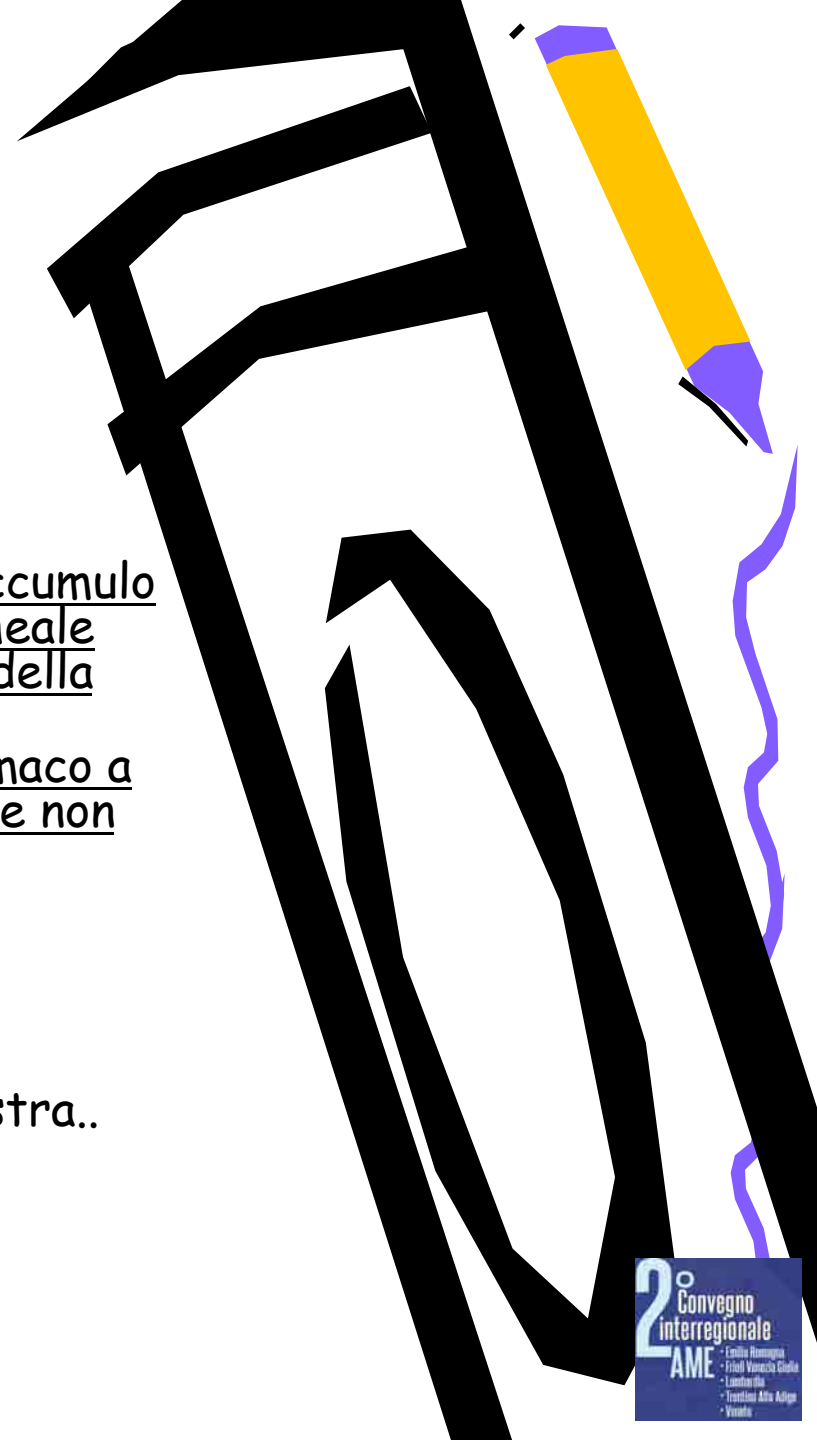
06.2012

PET TC *18-FDG

Non più evidente l'area focale di tenue iperaccumulo del radiofarmaco osservata in sede paratracheale alta destra, posteriormente al capo sternale della clavicola.

Comparsa di tenue iperaccumulo del radiofarmaco a carico di un linfonodo di ca 1cm, già presente e non ipercaptante alla precedente indagine, che si localizza in sede paratracheale alta destra, posteriormente all'arteria carotide comune

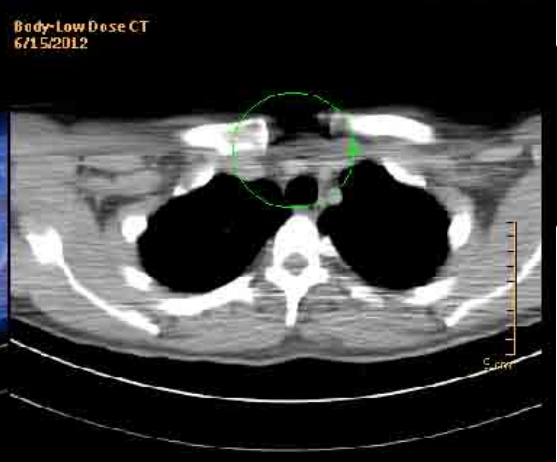
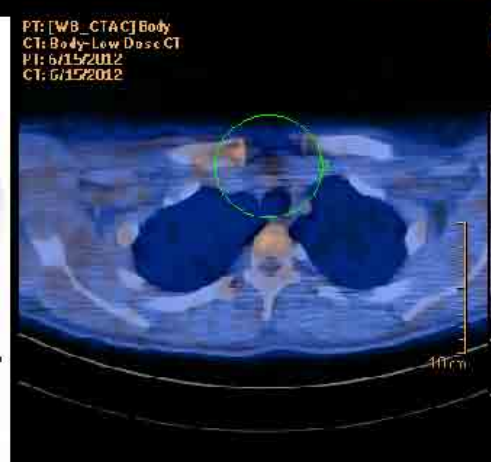
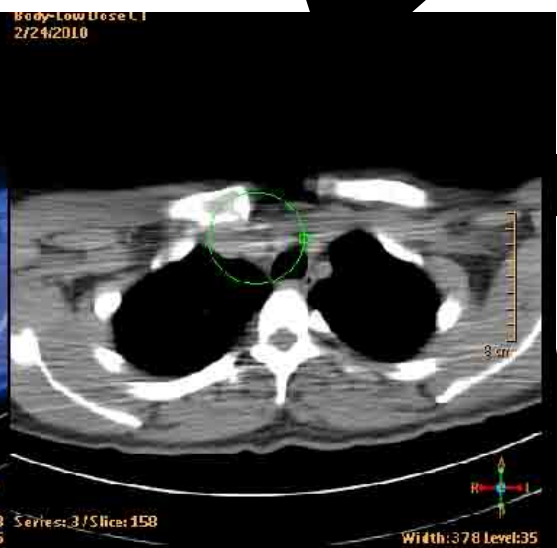
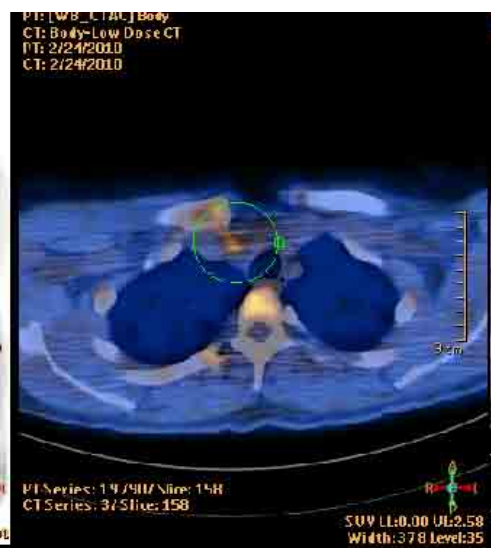
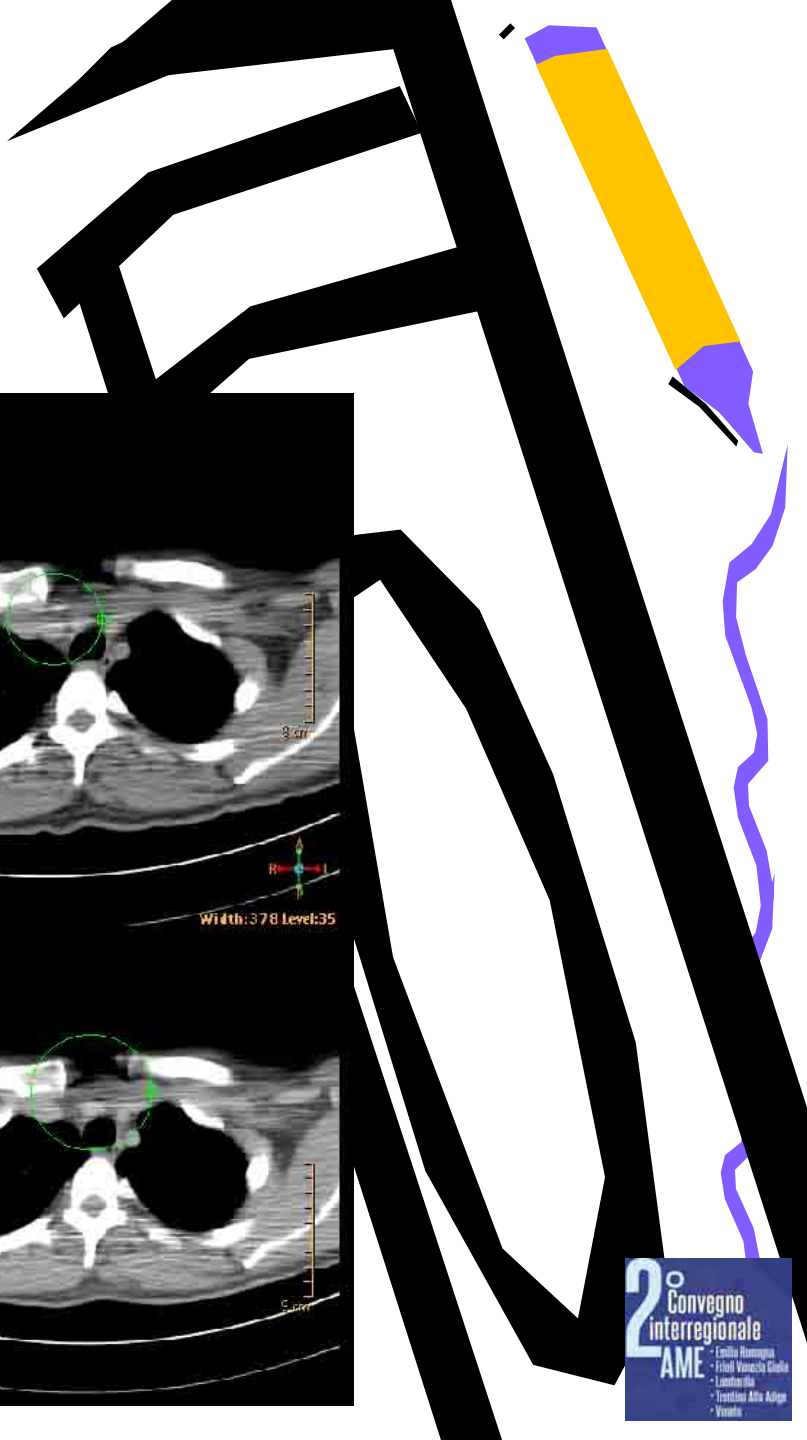
CONCLUSIONI: Linfonodo tenuemente ipermetabolico in sede paratracheale alta destra..





06.2012

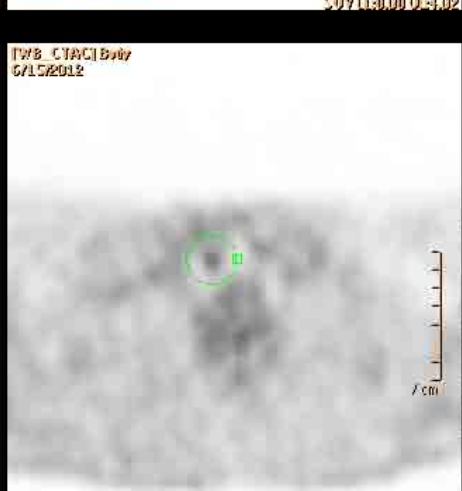
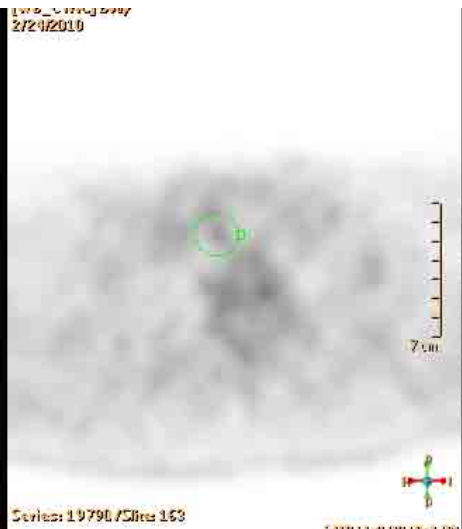
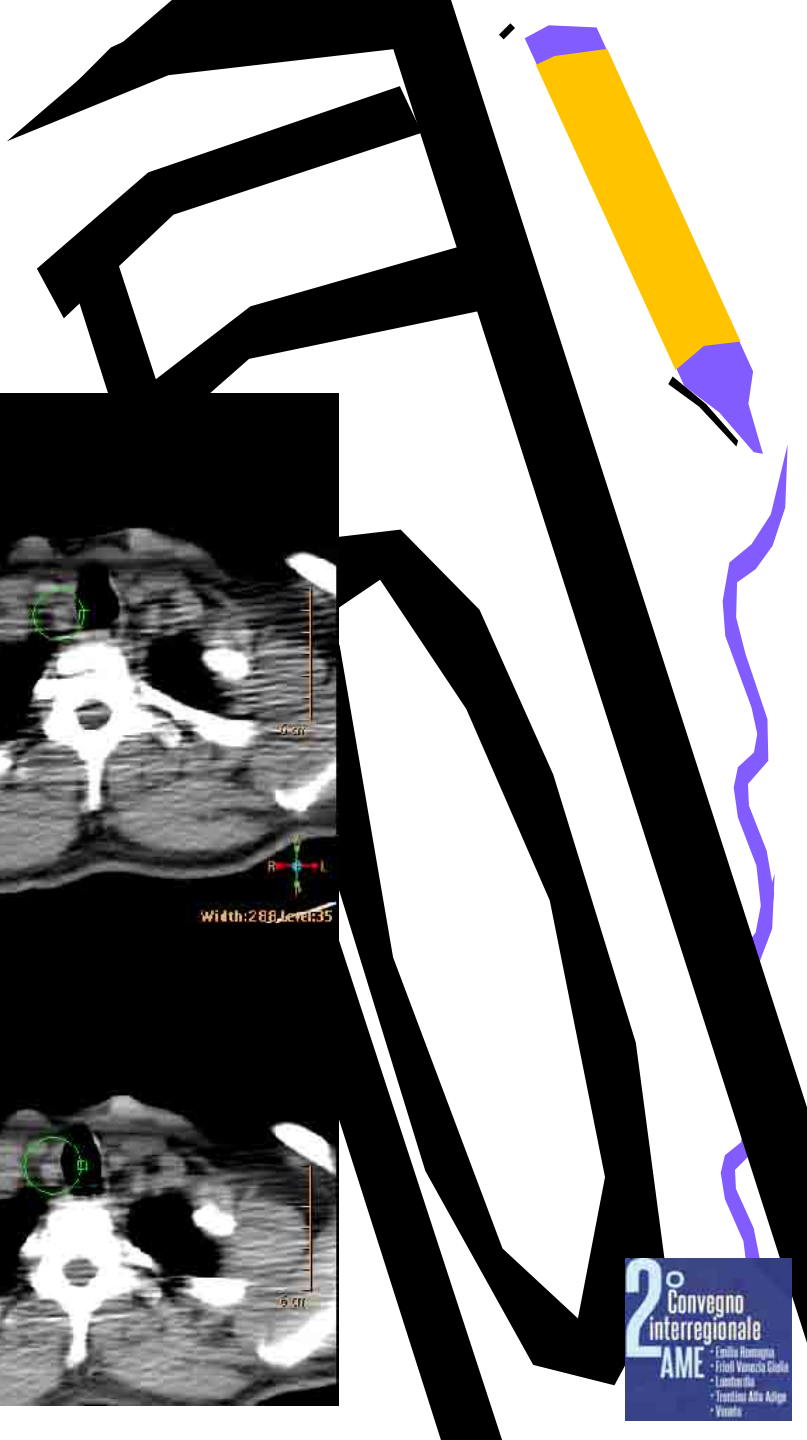
PET TC *18-FDG





06.2012

PET TC *18-FDG





09.2012: IV.chirurgia (Prof. M.R.P.)

-(con tecnica radioguidata)

bonifica della recidiva che é stata repertata non nel comparto laterocervicale dx, ma al limite inferiore del comparto centrale in sede paratracheale e ricorrentziale dx, loggia in precedenza non esplorata

Istologia: Metastasi linfonodale del noto ca. papillare tiroideo





11.2012: FU

TSH 0,02 mU/L

FT3 4,54 pg/ml

FT4 19,98 pg/ml

Tg 0,61 ng/ml (1,6-59,9)

TG-Ab 80 U/L (> 40) (↓)

Eco collo: in sede di intervento piccola
areola ipoecogena da riferirsi a probabile
edema residuo





03.2013: FU

TSH 0,04 mU/L

Tg 0,57 ng/ml

TG-Ab 53,5 U/L (↓)

Eco collo: non piú visibile l'areola ipoecogena segnalata in precedenza. Reperto ecografico negativo per recidiva/residuo di malattia npl tiroidea





09.2013: FU

TSH 0,11 mU/L

FT3 3,29 pg/ml

FT4 13.73 pg/ml

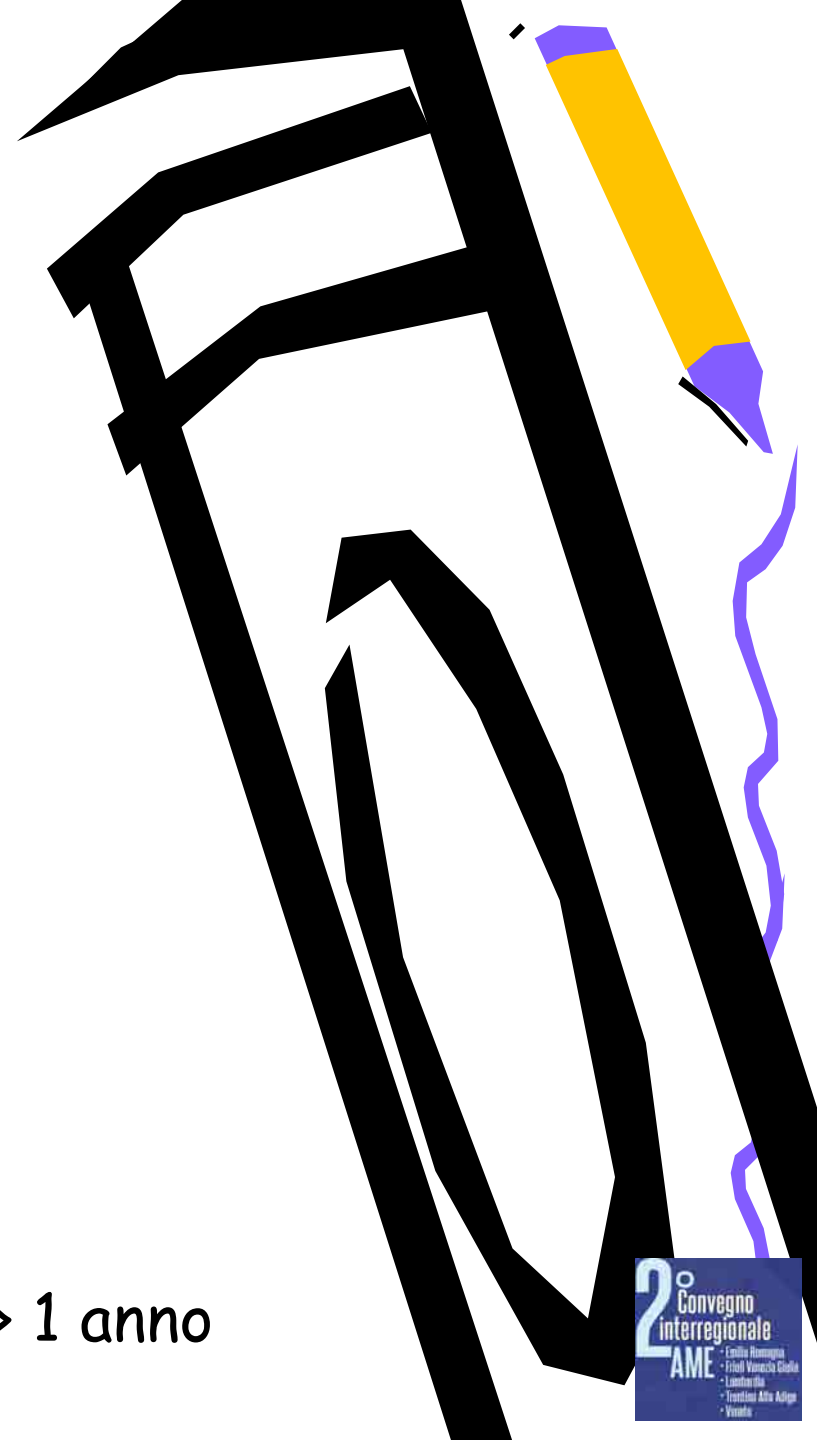
Tg 1,02 ng/ml (1,6-59,9)*

TG-Ab 70 U/L (= / ^)

Eco collo: n.d.p.



* doubling time > 1 anno





01.2014: FU

TSH 0,08 mU/L

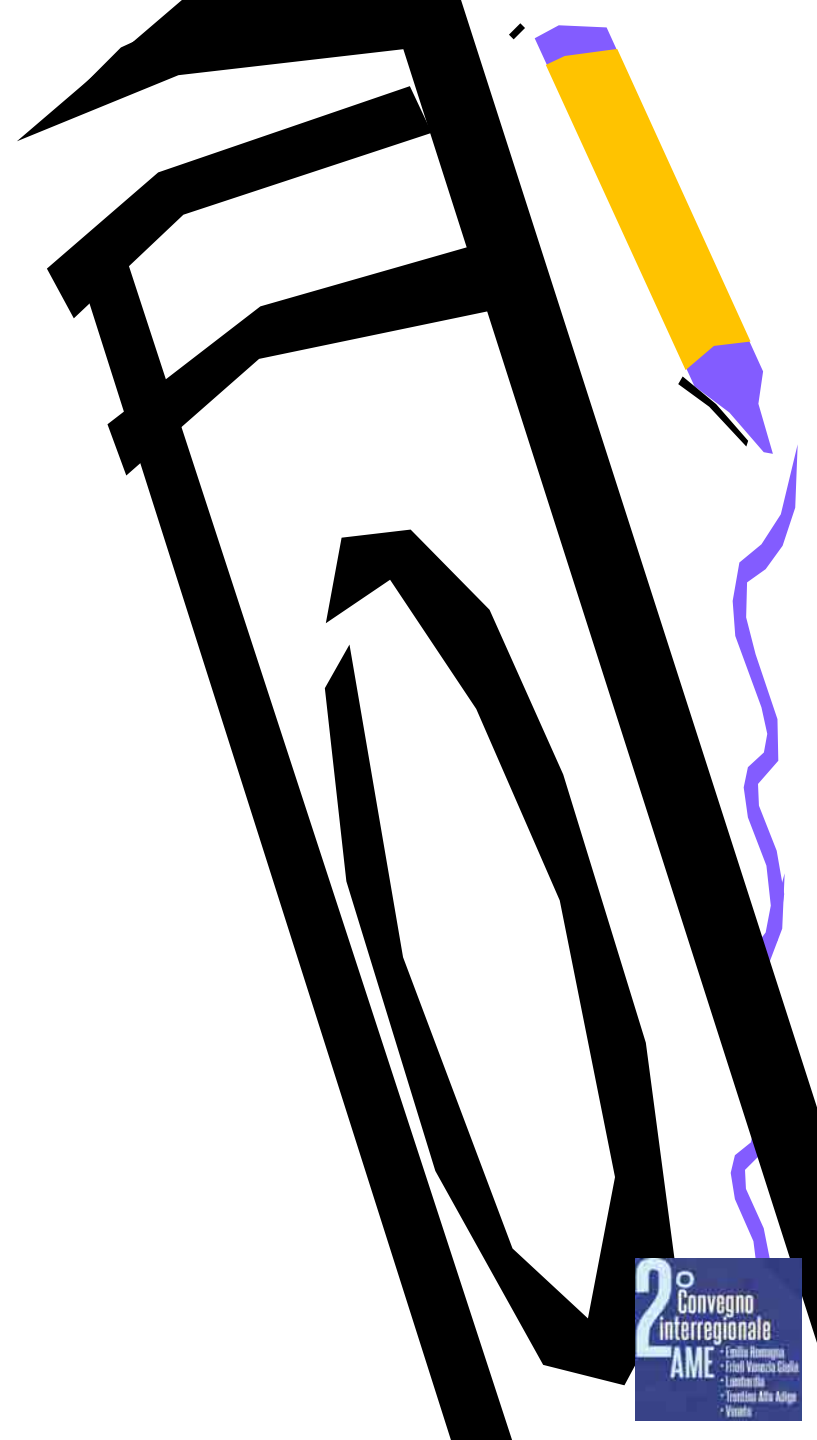
FT3 3,24 pg/ml

Ft4 15,68 pg/ml

Tg 1,20 ng/ml (1,6-59,9)

TG-Ab 107 U/L (▲)

Eco collo: n.d.p.





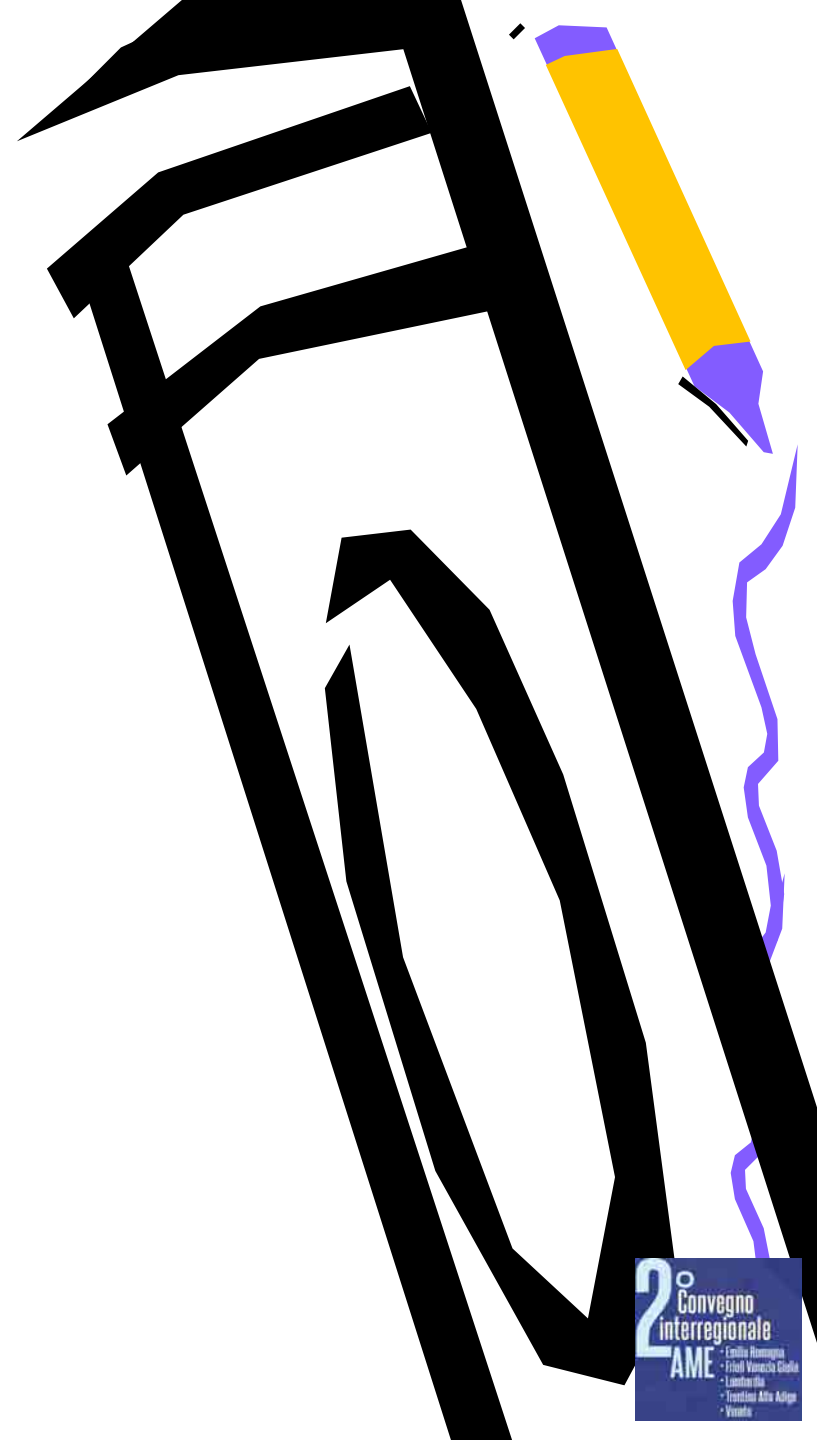
03.2014: FU

TSH 0,08 mU/L

Tg 1,06 ng/ml (1,0-70)

TG-Ab 324 U/L (^ ^)

Eco collo: n.d.p.





04.2014: PET/TC ~18-FDG

L'indagine PET-TC (senza mdc) con 18F-FDG, è stata confrontata con la precedente del 15 giugno 2012.

Al controllo odierno non è più evidente la nota adenopatia tenuemente ipermetabolica, descritta all'indagine precedente in sede paratracheale alta destra, posteriormente all'arteria carotide comune

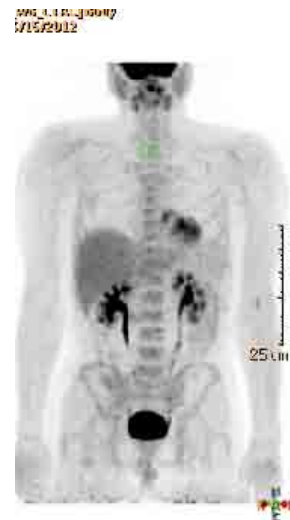
Non si evidenziano aree di patologico iperaccumulo del radiofarmaco riferibili a lesioni ad elevata attività metabolica.

CONCLUSIONI Assenza di reperti patologici ipermetabolici.

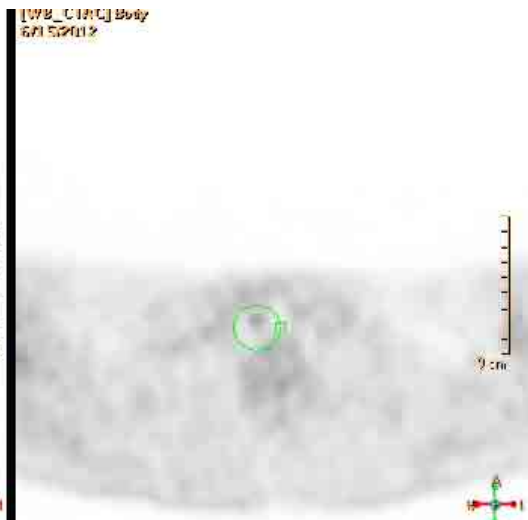




04.2014: PET/TC *18-FDG



Pet: 486800 / Slice 1
Snr: 11.0.00.00.2259.03



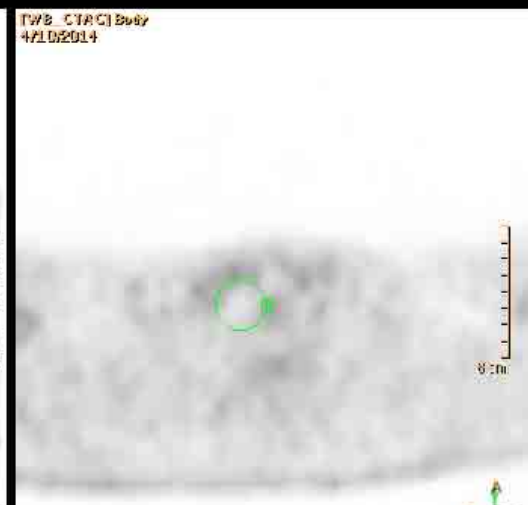
[WB_CTAC] Body
6/15/2012
Series: 196800 / Slice: 187
3071130.00.145.00



Body-Low Dose CT
6/15/2012
Series: 27 Slice: 187
Width: 350 Level: 35



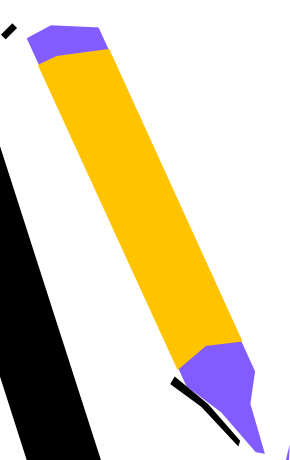
WB CTAC Body
7/10/2014



[WB_CTAC] Body
4/10/2014



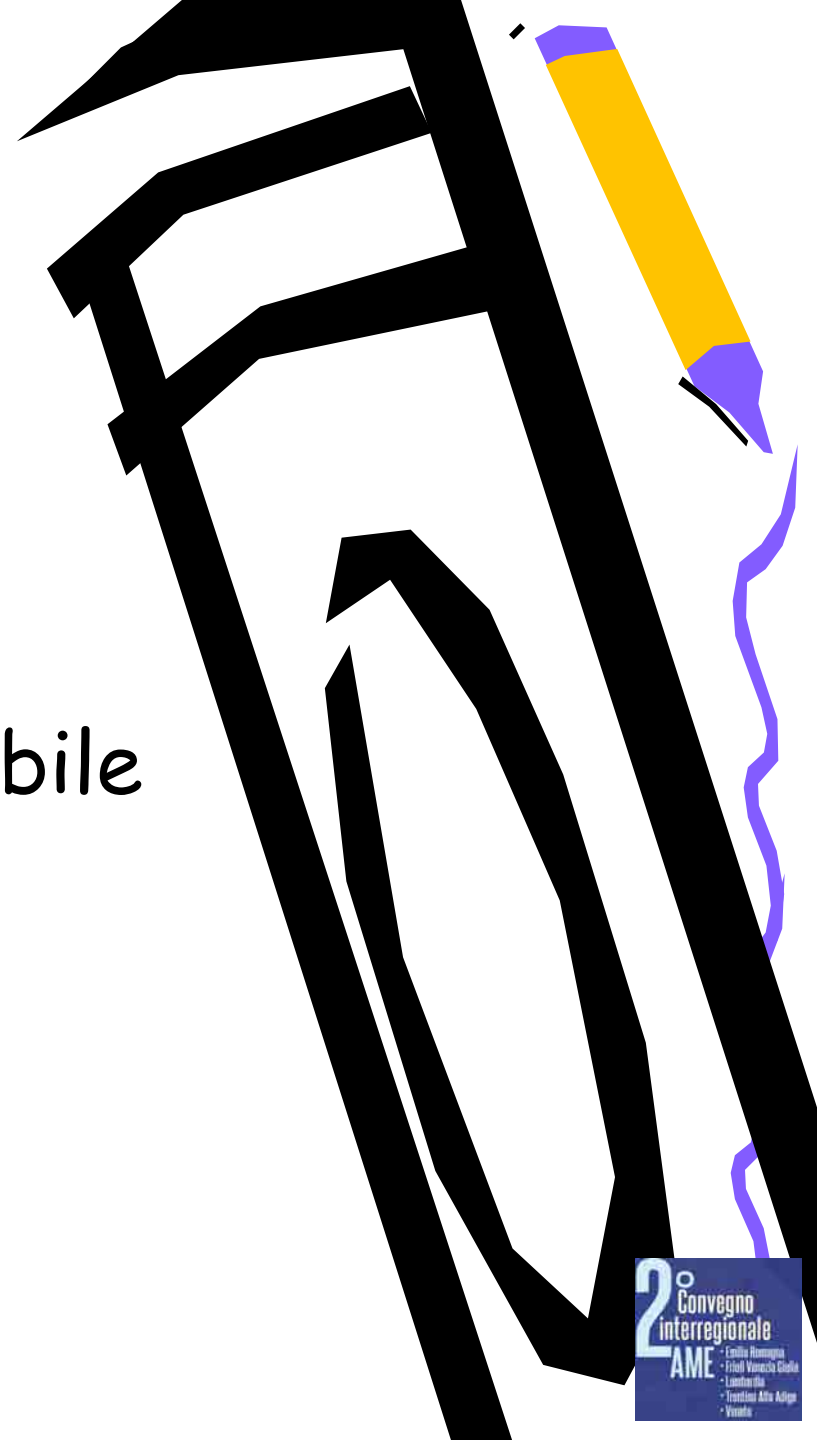
Body-Low Dose CT
4/10/2014





E ora che fare?

- Tg dosabile
- TG-Ab in aumento
- Non malattia documentabile





Si poteva fare meglio?

- La linfadenectomia doveva essere eseguita prima della RJ-terapia?
 - Avrebbe avuto un esito diverso?
- La RJ-terapia andava ripetuta comunque dopo la linfadenectomia?
- La Npl era de-differenziata ab initio o lo é diventata nel tempo?
- Un riscontro precoce della mutazione di B-RAF avrebbe cambiato la strategia e l'outcome?



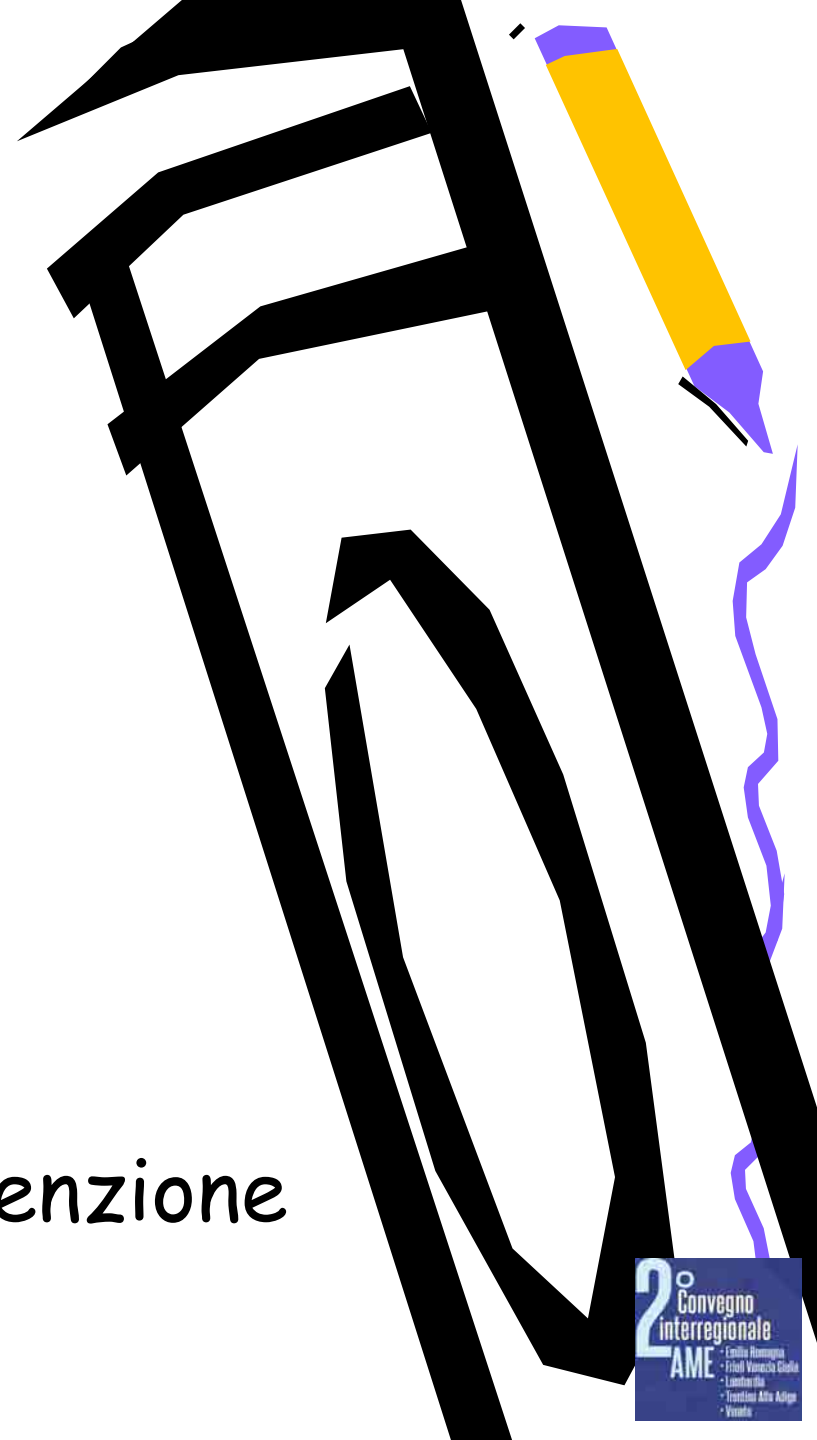


Opzioni:

- Ripetere comunque una RJ-terapia
 - ha un razionale?
- Wait and see
(in sostanza prevedere future ulteriori chirurgie!)

-(targeted therapy?)





...grazie per l'attenzione

