

AME Day
Desenzano del Garda
23 Maggio 2015



CHIRURGIA DEL CARCINOMA TIROIDEO

TAKE HOME MESSAGES

PATRIZIA DEL MONTE

SSD ENDOCRINOLOGIA



- La Tiroidectomia totale è il trattamento standard del ca. tiroideo differenziato.
- La sempre più frequente diagnosi ecografica e citologica di neoplasie tiroidee differenziate di piccole dimensioni e la eccellente prognosi della malattia hanno portato ad avanzare l'indicazione ad intervenire in questi casi con un approccio chirurgico piu' conservativo (emitiroidectomia) rispetto alla tiroidectomia totale.

I microPTC (<1 cm) corrispondono a circa il 50% dei PTC di nuova diagnosi. Nell'ambito dei microca., la frequenza di pT3 (estensione oltre la capsula tiroidea) è tra il 17-29%, l'interessamento linfonodale del 15-30%, le forme multifocali del 23-35%, con il 12-19% di focalità bilaterale.

Anche nei PTC di piccole dimensioni prima di poter scegliere l'intervento di loboistmectomia è necessario escludere:

- **l'esistenza di una malattia multifocale, specie bilaterale**
- **la possibilità che la malattia si estenda oltre la capsula tiroidea**
- **L'esistenza di metastasi linfonodali**

La presenza di uno di questi fattori giustifica l'esecuzione di una tiroidectomia totale.

**I pazienti con stadiazione pT1N0 rappresentano oltre il 50%
dei microca.papillari <1 cm**



**Questi pazienti potrebbero essere curati
con la sola emitiroidectomia.**

Inoltre, la emitiroidectomia potrebbe essere proposta non solo nei microPTC, ma in tutti i casi di tumore differenziato della tiroide a basso rischio prognostico, con malattia intratiroidea non plurifocale e senza interessamento linfonodale.

A favore della tiroidectomia totale:

- Permette l'uso ottimale del trattamento con radioiodio
(questo punto cade nei pazienti che non hanno indicazioni al radioiodio)
- Riduce i livelli di TG quindi ne facilita l'uso come marker
- Elimina la possibilità di lasciare malattia occulta nel lobo controlaterale

-A favore emitiroidectomia:

- Il ca. papillare della tiroide generalmente ha un corso indolente e un'ottima prognosi
- le complicanze della chirurgia (ipoparatiroidismo e lesione del ricorrente) sono più frequenti con tiroidectomia totale
- necessità di terapia sostitutiva a vita dopo tiroidectomia totale.

Impact of Extent of Surgery on Survival for Papillary Thyroid Cancer Patients Younger Than 45 Years

Mohamed Abdelgadir Adam, John Pura, Paolo Goffredo, Michaela A. Dinan, Terry Hyslop, Shelby D. Reed, Randall P. Scheri, Sanziana A. Roman, and Julie A. Sosa

Department of Surgery (M.A.A., R.P.S., S.A.R., J.A.S.), Duke University Medical Center, Department of Biostatistics (J.P., T.H.), Duke University, and Duke Clinical Research Institute (P.G., M.A.D., S.D.R., J.A.S.), Durham, North Carolina 27710

J Clin Endocrinol Metab, January 2015, 100(1):115–121

29.522 pazienti con PTC a basso rischio (NCDB 98-2006 e SEER 88-2006) : età <45 anni, tumore <4 cm, a bassa aggressività come tipologia istologica, senza estensione extra-tiroidea e senza metastasi.

Non differenze in recidiva/sopravvivenza ad un follow-up medio di 20 anni tra tiroidectomia totale e emitiroidectomia.

E' indispensabile disporre , prima dell'intervento, di elementi sufficienti ad una corretta stadiazione della malattia , in particolare della sua estensione loco-regionale.



Importanza della esecuzione di un' accurata ecografia pre-operatoria, che dovrà valutare:

- **Sede e dimensioni del tumore primitivo**
- **Segni di infiltrazione e/o superamento della capsula tiroidea**
- **Evidenza di multifocalità e soprattutto di bilateralità della neoplasia**
- **Esistenza di interessamento linfonodale**

(La dimostrazione pre-operatoria della mutazione di BRAF autorizzerebbe un approccio chirurgico più aggressivo).

American Thyroid Association Statement on Preoperative
Imaging for Thyroid Cancer Surgery

Michael W. Yeh,¹ Andrew J. Bauer,² Victor A. Bernet,³ Robert L. Ferris,⁴ Laurie A. Loewner,⁵
Susan J. Mandel,⁶ Lisa A. Orloff,^{6*} Gregory W. Randolph,⁷ and David L. Steward⁸
for the American Thyroid Association Surgical Affairs Committee Writing Task Force

Rischio di ripresa di malattia fino al 35% dei casi, rilevato nei primi 5 anni dopo la diagnosi. In realtà potrebbe essere un residuo di malattia.

•**Ecografia pre-operatoria per tiroide e linfonodi:** di scelta.

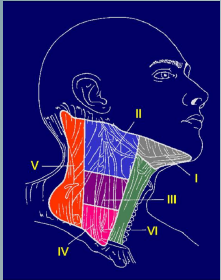
•In presenza di linfonodi sospetti, l'etg va integrata con **l'agoaspirato linfonodale per esame citologico e per il dosaggio della TG.**

La etg identifica mts linfonodali non palpabili nel 20- 33% dei pazienti.

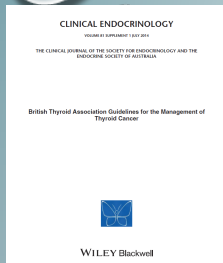
•**TC con mdc o RM:** per meglio definire i rapporti della neoplasia con altri organi cervico-mediastinici -per escludere una infiltrazione tracheale o esofagea e nei casi di estensione retrosternale- e per **caratterizzare eventuali linfonodi in sede inferiore o posteriore.**

•PET/PET-TC: utilizzata soprattutto in caso di recidive, con markers positivi, ma imaging tradizionale negativo.

•Eventuale valutazione pre-operatoria della mobilità cordale.



- Il compartimento centrale è l'area maggiormente coinvolta nelle mts da DTC; **l'ecografia ha una sensibilità limitata nella valutazione pre-tiroidectomia dei linfonodi del comparto centrale** (argomento a sostegno della CND profilattica).
- L'ecografia ha elevata sensibilità nello studio ecografico dei linfonodi del compartimento laterale; **la dimostrazione di mts laterocervicali pone indicazione anche allo svuotamento linfatico laterocervicale.**



British Thyroid Association 2014

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Nei pazienti con ca. tiroideo, va effettuata pre-operatoriamente la valutazione della estensione extratiroidea e dei linfonodi dei comparti centrale e laterocervicale, mediante ecografia, TC o RM a seconda dell'esperienza locale.

•La tiroidectomia totale è raccomandata per i tumori > 4 cm o per i tumori di qualunque dimensione se associati a:

- **Malattia multifocale, malattia bilaterale**
- **Estensione extratiroidea**
- **Coinvolgimento linfonodale e/o mts a distanza**
- **Malattia familiare**

•I microPTC unifocali senza altri fattori di rischio possono essere trattati con loboistmectomia.

Se FNA positivo per ca papillare:

INDICAZIONI ASSOLUTE alla TIROIDECTOMIA TOTALE:

(sufficiente la presenza di una)

- **Esposizione a radiazioni**
- **Presenza di metastasi a distanza**
- **Noduli bilaterali**
- **Estensione extratiroidea**
- **Tumore > 4 cm**
- **Metastasi linfonodali**
- **Scarsa differenziazione**

Oltre alla tiroidectomia:

- dissezione dei compartimenti linfonodali coinvolti
- considerare dissezione profilattica del comparto centrale

Se FNA positivo per ca papillare

Indicazioni a TIROIDECTOMIA TOTALE o LOBOISTMECTOMIA
(necessaria la presenza di tutte):

- Non esposizione a radiazioni
- Assenza di metastasi a distanza
- Non interessamento linfonodale
- Non estensione extratiroidea
- Tumore < 4 cm

Se dopo avere eseguito una **LOBOISTMECTOMIA**:

(sufficiente una condizione):

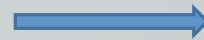
- Tumore > 4 cm
- Margini resez pos
- Estensione extratiroidea
- Malattia multifocale
- Interessamento linfonodale
- Invasione vascolare
- Forma poco differenziata



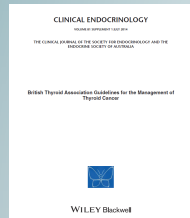
**Completamento
tiroidectomia**

(necessarie tutte le condizioni):

- Margini resezione neg
- Non lesioni controlaterali
- Non linfonodi sospetti



Follow-up



British Thyroid Association 2014

TRATTAMENTO post-chirurgico con RADIOIODIO

- **Indicazioni assolute a radioiodio:**

Tumori differenziati tiroide > 4 cm oppure di ogni dimensione ma con estensione extratiroidea o metastasi.

- **Nessuna indicazione a radioiodio:**

- **Tumori <1cm (papillari classici o variante follicolare o follicolari minimamente invasivi), senza angioinvasione e senza superamento della capsula tiroidea.**

RAI non raccomandato (se tutte le condizioni presenti):

- PTC classico
- Tumore <1 cm
- Intratiroideo
- Senza Ab anti-tireoglobulina
- Tg post-operatoria non stimolata <1 ng/ml

RAI selettivamente raccomandato (se almeno 1 presente):

- Tumore 1-4 cm
- Istologia ad alto rischio
- Invasione linfovaskolare
- Metastasi linfonodali
- Multifocalità con un focus >1 cm
- Presenza di TGA
- Tg post-op non stimolata <5-10 ng/ml

RAI tipicamente raccomandato (se 1 presente):

- Estensione extratiroidea
- Tumore > 4 cm
- Tg post-op non stimolata >5-10 ng/ml

TERAPIA TSH-SOPPRESSIVA con L-Tiroxina

Pazienti ad alto rischio:

TSH soppresso <0.1 mU/L

Pazienti disease-free a basso rischio:

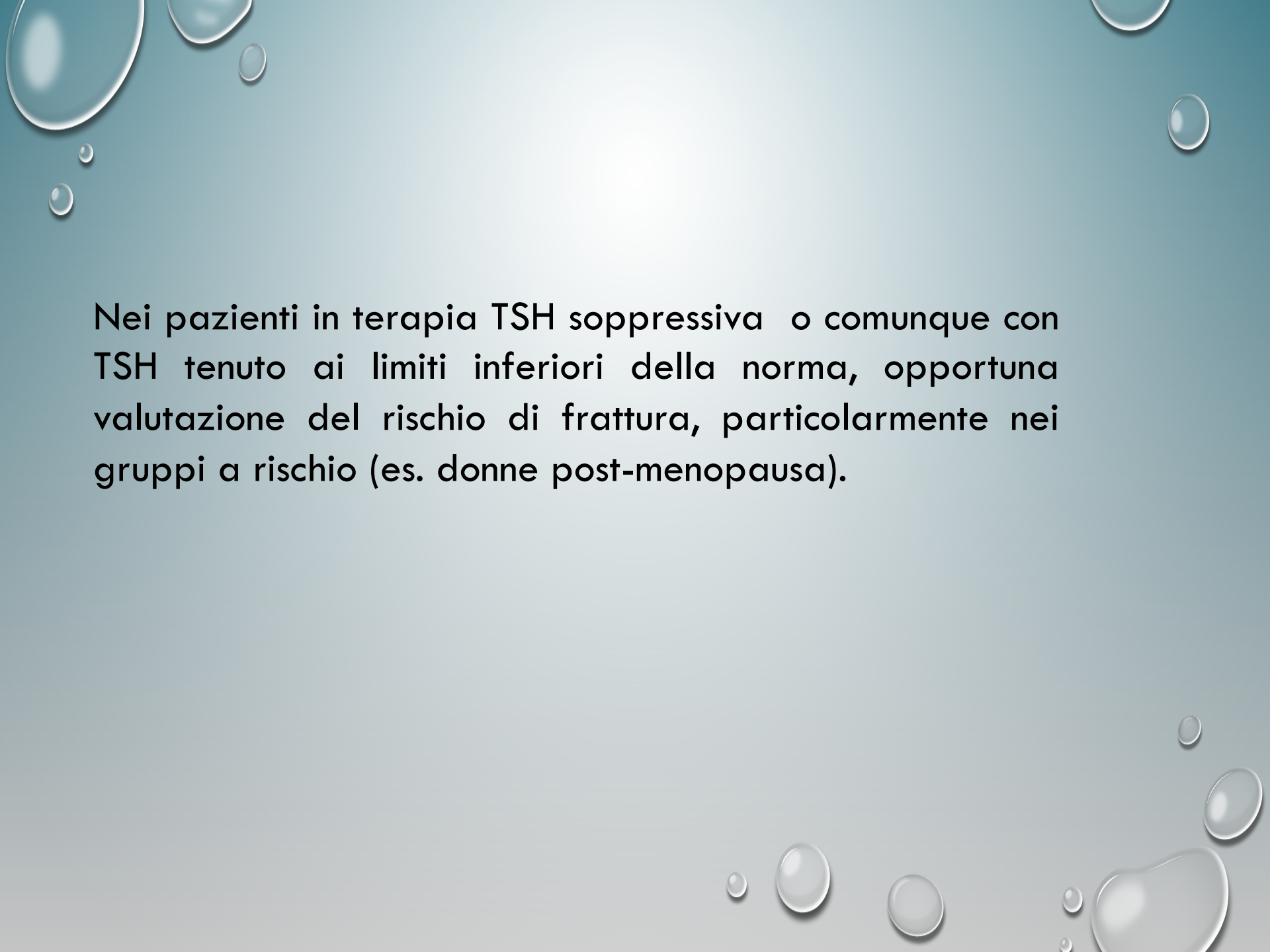
TSH intorno ai limiti inferiori del range di normalità

Pazienti che rimangono disease-free per diversi anni:

Probabilmente sufficiente tenere il TSH nel range di normalità

Thyroid 2015, 25:300

- In uno studio del gruppo del Memorial Sloan Kettering su 771 pazienti sottoposti a tiroidectomia per ca. differenziato della tiroide a rischio medio-basso, non sono state osservate differenze in termini di recidiva di malattia tra i pazienti che hanno fatto terapia con l-tiroxina a dosi soppressive e coloro che hanno assunto dosi solo sostitutive, durante un follow-up medio di 6 anni.
- La perdita ossea si verificava invece non solo con livelli di TSH soppressi, ma anche con valori di TSH ai limiti inferiori della norma.



Nei pazienti in terapia TSH soppressiva o comunque con TSH tenuto ai limiti inferiori della norma, opportuna valutazione del rischio di frattura, particolarmente nei gruppi a rischio (es. donne post-menopausa).

Ca. differenziato tiroide nei bambini

Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Pediatric
Thyroid Cancer

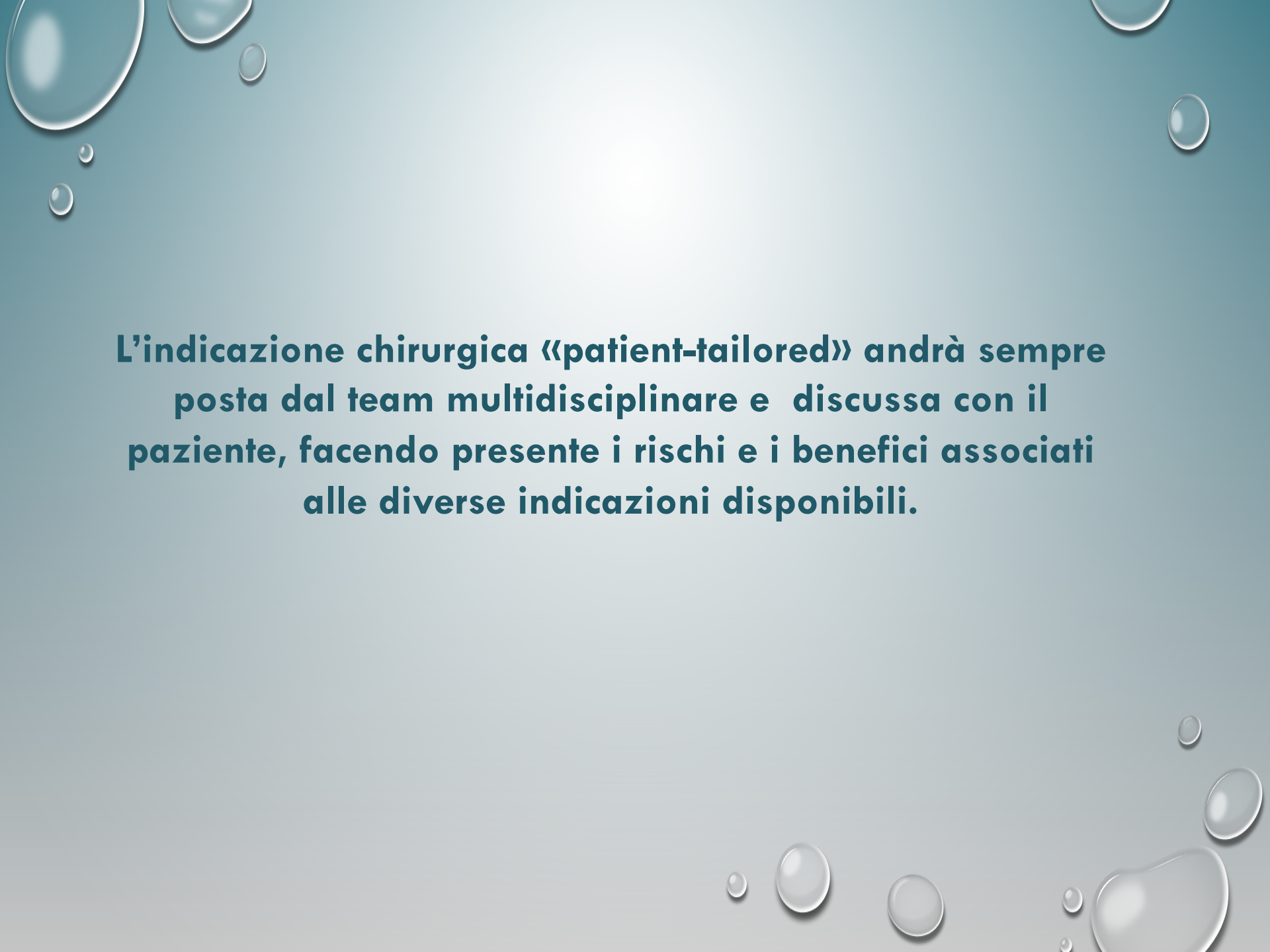
Gary L. Francis, M.D., Ph.D.^{*1}, Steven G. Waguespack, M.D.^{*2}, Andrew J. Bauer,
M.D.^{*3}, Peter Angelos, M.D., Ph.D.⁴, Salvatore Benvenga, M.D.⁵, Janete M. Cerutti,
Ph.D.⁶, Catherine A. Dinauer, M.D.⁷, Jill Hamilton, M.D.⁸, Ian D. Hay, M.D., Ph.D.⁹,
Markus Luster, M.D.¹⁰, Marguerite T. Parisi, M.D., M.S. Ed.¹¹, Marianna Rachmiel,
M.D.¹², Geoffrey B. Thompson, M.D.¹³, and Shunichi Yamashita, M.D., Ph.D.¹⁴

RECOMMENDATION 11

For the majority of children, total thyroidectomy is recommended. The rationale for this approach is based on multiple studies showing an increased incidence of bilateral and multi-focal disease. In long-term analysis, bilateral lobar resection compared with lobectomy has been shown to decrease the risk for persistent/recurrent disease.

Recommendation rating: A

Attesa la pubblicazione della revisione delle linee guida ATA sul ca. differenziato della tiroide nell'adulto (ultima precedente versione 2009).



L'indicazione chirurgica «patient-tailored» andrà sempre posta dal team multidisciplinare e discussa con il paziente, facendo presente i rischi e i benefici associati alle diverse indicazioni disponibili.



Grazie!