



Appropriatezza in patologia  
tiroidea: MMG e specialisti  
a confronto

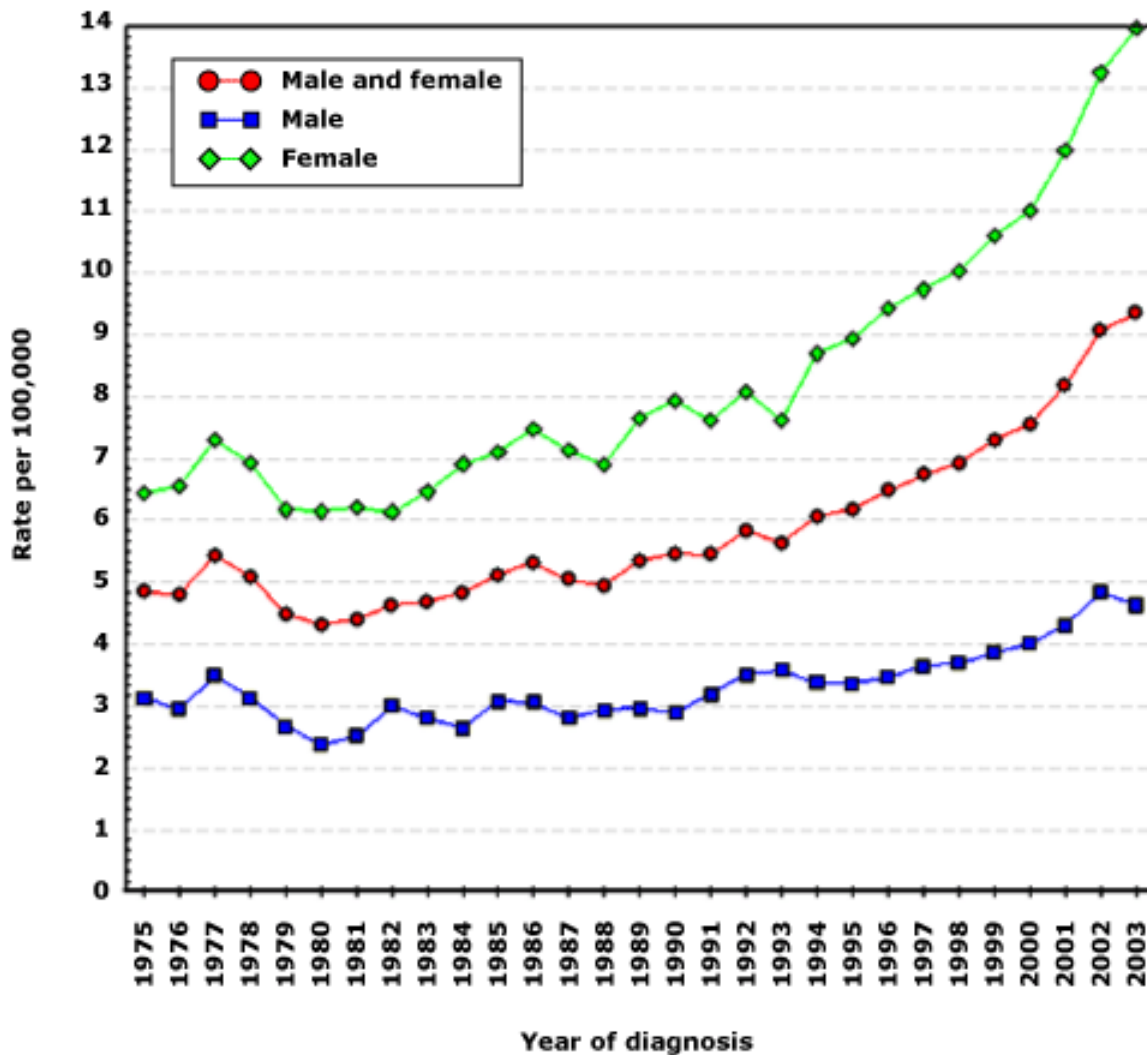
*Il parere dell'oncologo*

*Romana Segati*

Oncologia ULSS 2 Feltre

# Generalità

- 74% dei nuovi casi sono donne
- 4.8% delle donne curate per cancro
- Incidenza stabile (lieve aumento per il diff.)
- Istologia
  - Papillare
  - Follicolare
  - Anaplastico
  - Forme più rare: midollare, linfoma, metastasi



# Carcinoma differenziato

- Stadiazione (TNM-AJCC)
- Terapia
  - Chirurgica (tiroidectomia totale se > 1 cm)
  - Ablazione con radio-iodio (post-chirurgia)
  - Soppressione ormonale
    - Alto rischio: TSH <0.1 mU/L
    - Basso rischio: TSH 0.1-0.2 mU/L

# Carcinoma differenziato

- Malattia in progressione
  - Arruolamento in clinical trials  
(inibitori della tirosino chinasi)
- Follow-up
  - Lungo
  - Esame clinico
  - Biochimica + dosaggio tireoglobulina
  - Scintigrafia con radio-iodio
  - Ecografia

# Carcinoma differenziato

## Follow-up

- 1°anno
  - Ogni 6 mesi
    - Esame clinico, TSH, Tiroxina, Tireoglobulina
    - Ecografia collo
- 2°-10°anno
  - Ogni anno
    - Esame clinico, TSH, Tiroxina, Tireoglobulina
    - Ecografia del collo (ogni 1-2 o > se basso rischio)
    - Scintigrafia con radio-iodio se aumento tireoglobulina/sospetto clinico di ripresa di malattia

# Carcinoma differenziato

## Follow-up

- 11°-20°anno
  - Ogni anno
    - Esame clinico, TSH, Tiroxina, Tireoglobulina
    - Ecografia del collo ogni 1-3 anni o meno frequentemente nei pazienti a basso rischio senza evidenza di malattia
    - Scintigrafia con radio-iodio se aumento tireoglobulina/sospetto clinico di ripresa di malattia

# Carcinoma differenziato

## Follow-up

- >21°anno
  - Ogni anno
    - Esame clinico, TSH, Tiroxina, Tireoglobulina
  - Ecografia del collo ogni 3-5 anni o meno frequentemente nei pazienti a basso rischio senza evidenza di malattia
  - Scintigrafia con radio-iodio se aumento tireoglobulina/sospetto clinico di ripresa di malattia

# Carcinoma anaplastico

- Estremamente aggressivo (100% mortalità)
- 2-5% delle neoplasie della tiroide
- Età media 65 anni (< 10% a < 50 anni)
- 60-70% donne
- 20% anamnesi di carcinoma differenziato
- 20-30% coesiste carcinoma differenziato
- >50% anamnesi di gozzo multinodulare

# Carcinoma anaplastico

- 90% presenza di localizzazioni regionali
- 15-50% metastasi a distanza
  - 90% polmone (più rara la pleura)
  - 5-15% osso
  - 5% SNC
  - Raro: pelle, fegato, rene, pancreas, cuore, surrene
  - Molto raro esordio metastatico senza primitivo

# Carcinoma anaplastico

## Trattamento

- Trattamento chirurgico quando possibile
  - Lobectomia/tiroidectomia
  - Non malattia metastatica
- Radio e chemioterapia (chirurgia radicale)
- Radio+/-chemioterapia concomitante nella malattia localmente avanzata

# Carcinoma midollare

- Neoplasia neuroendocrina (cellule C)
- 3-5% delle neoplasie della tiroide
- Produzione di calcitonina
- Sporadico nella maggioranza dei casi
- Nodulo tiroideo solitario (75-95% dei sporadici), spesso metastatico
- Ereditario (MEN2A, MEN2B, FMTC)

# Carcinoma midollare

- Diagnosi: Calcitoninemia, CEA, calcemia, metanefrine e catecolamine urinarie
- Stadiazione: TAC/eco collo, TAC torace-addome sup.
- Tiroidectomia +/- linfadenectomia L.C.
- Terapia sostitutiva, ma non soppressiva
- Radioterapia LN loco-regionali



GRAZIE

PER L'ATTENZIONE

Oncologia ULSS 2 Feltre