



Milano, 7 luglio 2019 - Quello alla tiroide è il tumore del sistema endocrino più diffuso e il sesto tipo di tumore, per frequenza, nelle donne, con un rapporto maschi/femmine di 3/1. Nel 90% dei casi origina dalle cellule follicolari tiroidee che sono le cellule che producono gli ormoni tiroidei (fT3 e fT4), e prende il nome di adenocarcinoma papillare o follicolare, caratteristiche che permettono di definirlo come “tumore differenziato”.

“L’incidenza di tale neoplasia è in aumento principalmente a causa di due fattori: il miglioramento delle tecniche diagnostiche che permettono di riconoscere sempre più precocemente la presenza di noduli tiroidei anche di piccole dimensioni e la maggiore esposizione a fattori di rischio ambientali (inquinanti, agenti tossici, radiazioni ionizzanti)” illustra il prof. Andrea Giustina, Presidente della Società Europea di Endocrinologia e del CUEM.



Prof. Andrea Giustina

“In assenza di sintomi specifici e quando i noduli sono non palpabili e non rilevabili, la maggior parte delle diagnosi avviene in modo ‘incidentale’ ossia nel corso di indagini diagnostiche, come eco-color-doppler di vasi del collo, od ecografie del collo per sindromi aspecifiche. Anche in corso di PET/CT per altre patologie oncologiche non è raro riscontrare noduli ad elevato metabolismo”, prosegue Giustina.

Il sospetto diagnostico viene generalmente risolto mediante l'esecuzione di esame citologico su agoaspirato. La questione centrale, in presenza di un nodulo tiroideo neoplastico è la sua 'stadiazione', ossia la valutazione della sue caratteristiche che portano alla scelta del relativo trattamento. A seconda del cosiddetto 'profilo di rischio' del nodulo si opta per la chirurgia (parziale o radicale) e l'eventuale stadiazione e/o trattamento a base di radioiodio (I131).

Il trattamento con radioiodio ha tre obiettivi principali: 1) definire il profilo di rischio 2) distruggere eventuali foci di cellule tiroidee residue dopo l'intervento (sia non patologici che patologici); 3) localizzare e trattare eventuali localizzazioni di malattia, quali metastasi linfonodali e/o a distanza; 4) rendere il dosaggio della Tireoglobulina un marker idoneo per il follow-up.

Riguardo all'indicazione all'impiego dello I131, è presente un forte dibattito all'interno del mondo scientifico con punti di vista contrastanti, a seguito della pubblicazione di linee guida statunitensi (American Thyroid Association - ATA 2015).

In un recente studio del Gruppo di Medicina Nucleare dell'Università di Brescia condotto dal dott. Domenico Albano e dal prof. Raffaele Giubbini (*"Possible delayed diagnosis and treatment of metastatic differentiated thyroid cancer by adopting the 2015 ATA guidelines"* Eur J Endocrinol 2018;179:143-151) sono stati rivalutati circa 2500 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di rimozione della tiroide e trattamento con I131.

In 140 pazienti (il 6% del campione) sono state individuate metastasi a distanza; secondo le linee guida dell'ATA 2015, 38 presentavano un profilo di rischio post-chirurgico elevato e quindi un'indicazione assoluta a ricevere terapia con I131, mentre ben 102 presentavano un rischio intermedio-basso o basso e quindi senza un'indicazione assoluta al radioiodio. Se questi pazienti non fossero stati valutati e/o trattati con tecniche di Medicina Nucleare vi sarebbe stato un ritardo nella individuazione delle metastasi e di conseguenza nel trattamento con impatto su prognosi e qualità della vita.

Cosa significano questi dati? "Se fossero stati classificati con i criteri dell'ATA non avrebbero ricevuto l'ablazione del tessuto residuo con una diagnosi tardiva delle metastasi e un ritardo nel trattamento - spiega il prof. Giubbini - In altre parole l'assenza di una corretta stadiazione può portare i pazienti a non essere trattati tempestivamente e ad una peggiore prognosi".

In fase post-chirurgica, anche nei pazienti a basso-intermedio rischio l'utilizzo del radioiodio e la successiva scintigrafia estesa a tutto il corpo riveste un ruolo cruciale nella corretta stadiazione di malattia andando, non solo a valutare l'entità del tessuto tiroideo residuo (che può restare in parte), ma a riconoscere eventuali lesioni metastatiche linfonodali e a distanza (osso, polmone in primis) con un impatto significativo sul management del paziente.

Le associazioni italiane di endocrinologia e medicina nucleare hanno redatto delle raccomandazioni al fine di garantire una gestione ottimale e univoca di questi pazienti. I pazienti a 'basso rischio' vengono trattati con l'asportazione della porzione di tiroide interessata dal tumore a cui deve seguire una terapia tiroidea sostitutiva con Levotiroxina. Per i soggetti con 'rischio intermedio o intermedio-basso' l'attuale miglior standard di trattamento prevede l'asportazione della tiroide in toto, l'eventuale eliminazione di focolai residui con I131 e il controllo del trattamento con la scintigrafia dopo I131 (tecnica in grado di rilevare metastasi a distanza e linfonodi con buona accuratezza soprattutto se associata ad uno studio

tridimensionale SPECT).

Il trattamento con ¹³¹I è oggi semplice e maneggevole: il paziente assume una compressa di radioiodio in un reparto di degenze protette e rimane in osservazione per circa 72 ore. Il trattamento generalmente viene effettuato una sola volta in assenza di metastasi, e può essere ripetuto nel caso che il tumore sia diffuso. Le forme ‘differenziate’ reagiscono molto bene alla terapia con radioiodio: i dati parlano di una prognosi favorevole a 5 anni nell’85% dei casi.

In questa fase prevalentemente diagnostica risulta determinante la forma sintetica del TSH umano ricombinante: poiché il trattamento con ¹³¹I sia efficace infatti, occorre avere alti livelli di TSH nel sangue. In passato per ottenere questo effetto si sospendeva la terapia sostitutiva per almeno 30-40 giorni lasciando il paziente senza ormoni tiroidei e determinando uno stato di ipotiroidismo mal tollerato e complicato da alcuni rischi (quali astenia, affaticamento, aumento ponderale, intolleranza al freddo, comparsa di edemi, stipsi ostinata con forti limitazioni sulla qualità di vita e l’attività lavorativa). La forma sintetica del TSH invece permette di ottimizzare il trattamento senza disagi per il paziente in quanto si aumenta artificialmente il TSH senza causare sintomi e disturbi.

In ultima analisi, un corretto approccio post-chirurgico nella gestione del paziente con carcinoma tiroideo differenziato prevede una ristadiatione (definita come “ablazione” del residuo), atto quasi esclusivamente diagnostico nei pazienti con rischio intermedio basso di recidiva, un trattamento adiuvante con maggiori dosi di radioiodio nelle forme biologicamente più aggressive ed infine un trattamento di maggiore impegno nella malattia metastatica conclamata.