

# LE NEOPLASIE DIFFERENZIATE DELLA TIROIDE

**Paolo Fracchia**

*SOC ORL*

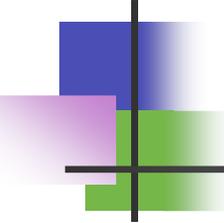
*ASL AL*

*Casale Monferrato*



**19 marzo-2 aprile 2011**

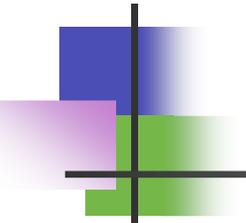
**LE NEOPLASIE DIFFERENZIATE DELLA TIROIDE**



# INTRODUZIONE

---

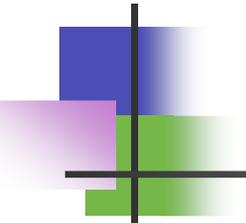
Il carcinoma **papillare** ed  
il carcinoma **follicolare** della tiroide,  
definiti carcinomi tiroidei differenziati (**CTD**),  
■ costituiscono circa l'1% dei tumori maligni  
umani



---

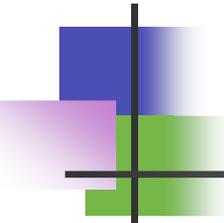
**Il CTD è la più frequente neoplasia endocrina ed ha un impatto socio-sanitario significativo con prevalenza analoga o superiore a quella**

- ▶ del mieloma**
- ▶ del morbo di Hodgkin**
- ▶ dei carcinomi dell'esofago**
- ▶ dei carcinomi della laringe**



---

**Nonostante il costante incremento nelle ultime decadi, la mortalità del carcinoma tiroideo è in graduale decremento**



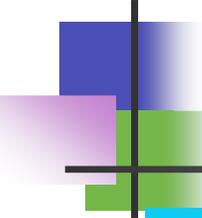
---

**Dati di sopravvivenza a 30 anni dalla diagnosi indicano che**

**l'assoluta maggioranza dei soggetti con carcinoma papillare o follicolare sono viventi**

# Adenoma follicolare

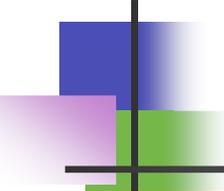
- ◆ L'adenoma follicolare è una neoplasia tiroidea benigna capsulata, con evidenza di differenziazione cellulare follicolare.
- ◆ E' la neoplasia benigna tiroidea maggiormente frequente
- ◆ Istologicamente l'adenoma follicolare è capsulato e presenta diverse varianti ;la più importante è l' **adenoma a cellule ossifile**



# Adenoma follicolare

---

- ◆ Queste neoplasie sono tutte **potenzialmente maligne** anche se il decorso clinico risulta strettamente correlato con l'aspetto istologico iniziale
- ◆ l'assenza di invasività predice un andamento benigno.
- ◆ Quando queste neoplasie sono associate ad ipertiroidismo vengono definite come **adenomi "tossici"**



# Adenoma follicolare

**Il problema più saliente di questa neoplasia è l'indistinguibilità**

◆ **sia all'esame citologico dopo FNAB**

◆ **sia all'esame istologico estemporaneo peroperatorio**

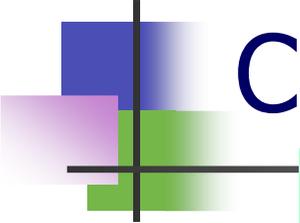
**dal carcinoma follicolare**

**a causa dell'impossibilità ,con tali tecniche, di individuare le caratteristiche di invasività che permettono di far diagnosi di carcinoma**

**Pertanto un esame citologico refertato come “ orientativo per neoplasia follicolare” pone il chirurgo nella necessità di procedere a un atto chirurgico**

# Carcinoma papillare

- ◆ Il carcinoma papillare tiroideo (PTC) è la più frequente neoplasia tiroidea (50-90% dei tumori maligni differenziati tiroidei)
- ◆ istologicamente è caratterizzato dalla formazione di papille e/o da una varietà di alterazioni nucleari”



# Carcinoma papillare

I nuclei delle cellule del PTC hanno un aspetto caratteristico;  
per tale motivo la diagnosi pre-operatoria di PTC su materiale citologico ottenuto mediante FNAB risulta relativamente agevole ed altamente accurata.

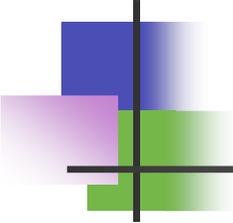
# Varianti istologiche (I)

## **Il carcinoma papillare-variante follicolare**

presenta una maggiore incidenza di metastasi polmonari, solitamente responsive al trattamento.

Nonostante una indubbia maggiore aggressività della neoplasia, la prognosi risulta complessivamente simile a quella dell'istotipo tipico.

# Varianti istologiche (II)



---

- **sclerosante**
- **“tall-cell”**
- **cellule colonnari**

Dal punto di vista prognostico le varianti **tall-cell** e **colonnare** sono considerate **maggiormente aggressive**

# VARIANTI

## **variante sclerosante,**

caratterizzata da diffuso interessamento linfatico e da un diffuso interessamento fibrotico mono- o bilobare.

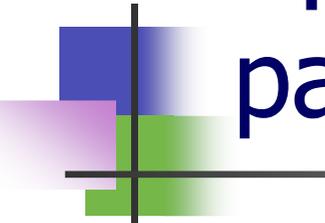
## La **variante “tall-cell”**

è costituita da papille ricoperte da cellule circa due volte più alte che nell'istotipo tipico.

## La **variante a cellule colonnari**

differisce dalle altre forme di PTC per la presenza di una stratificazione nucleare prominente.

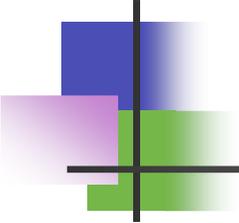
Dal punto di vista prognostico le varianti **tall-cell e colonnare** sono considerate **maggiormente aggressive** mentre è controverso il significato della variante sclerosante diffusa



# Epidemiologia del carcinoma papillare

- Il PTC è più frequente fra i 30 ed i 50 anni (media: 40 anni) e le donne risultano affette più frequentemente degli uomini (predominanza femminile 60-80%).
- il 30% circa dei pazienti presenta, alla diagnosi, linfadenopatie clinicamente evidenziabili.
- Solo una minima parte dei PTC (1-7%) presentano metastasi a distanza
- La sopravvivenza a 5, 10 e 20 anni dalla diagnosi risulta pari al 98%, 96% e 95% rispettivamente

# CARCINOMA FOLLICOLARE



- ◆ Il **carcinoma follicolare tiroideo** (FTC) è una neoplasia che presenta evidenza di differenziazione cellulare follicolare
- ◆ Il FTC presenta una incidenza dipendente dall'apporto iodico ( 2-5% nelle aree geografiche con normale apporto iodico, 25-30% nelle aree iodocarenti)

# CARCINOMA FOLLICOLARE

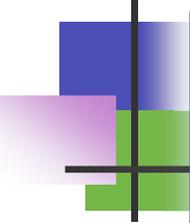
**Da frequentemente metastasi al sistema scheletrico ed al polmone.**

**Le metastasi scheletriche, generalmente osteolitiche, possono determinare la manifestazione di esordio clinico della malattia:**

**La neoplasia può clinicamente esordire con fratture patologiche; le sedi più interessate sono:**

- **le ossa lunghe (es. femore),**
- **la pelvi,**
- **lo sterno e**
- **la teca cranica.**

# PROGNOSI - ISTOTIPO



◆ La prognosi del carcinoma papillare è migliore di quella del carcinoma follicolare.

◆ Nell'ambito del carcinoma papillare una prognosi più sfavorevole si associa ad alcune varianti istologiche:

- variante a cellule alte
- variante colonnare

◆ Nell'ambito del carcinoma follicolare si associano ad una prognosi peggiore:

- i carcinomi ad ampia invasività
- i carcinomi a cellule di Hurthle
- i carcinomi follicolari scarsamente differenziati ("insulari")

# PROGNOSI – ESTENSIONE DEL TUMORE

**Il rischio di recidiva e quello di mortalità tumore specifica si correlano in modo significativo con**

- ◆ **le dimensioni del tumore**
- ◆ **l'invasione extratiroidea**
- ◆ **la presenza di metastasi linfonodali e**
- ◆ **le secondarietà a distanza**

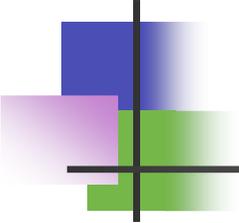
# FATTORI PROGNOSTICI

## ◆ A BASSO RISCHIO

- assenza di metastasi a distanza
- giovane età: uomini fino a 40 anni, donne fino a 50 anni
- uomini >40 anni, donne >50 anni con tumore intratiroideo con minima invasione capsulare
- tumore primitivo < 5 cm

## ◆ AD ALTO RISCHIO

- pazienti con metastasi a distanza
- uomini >40 anni, donne >50 anni con tumore extratiroideo con invasione vascolare
- tumore primitivo = o > 5 cm



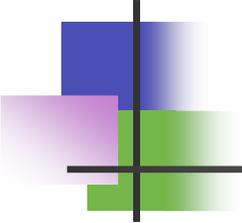
# TERAPIA

---

◆ **Basso rischio** tiroidectomia totale

◆ **Alto rischio** tiroidectomia totale e radioterapia metabolica

terapia ormonale con LT4 a dosaggi soppressivi del TSH sia nei casi a basso che ad alto rischio



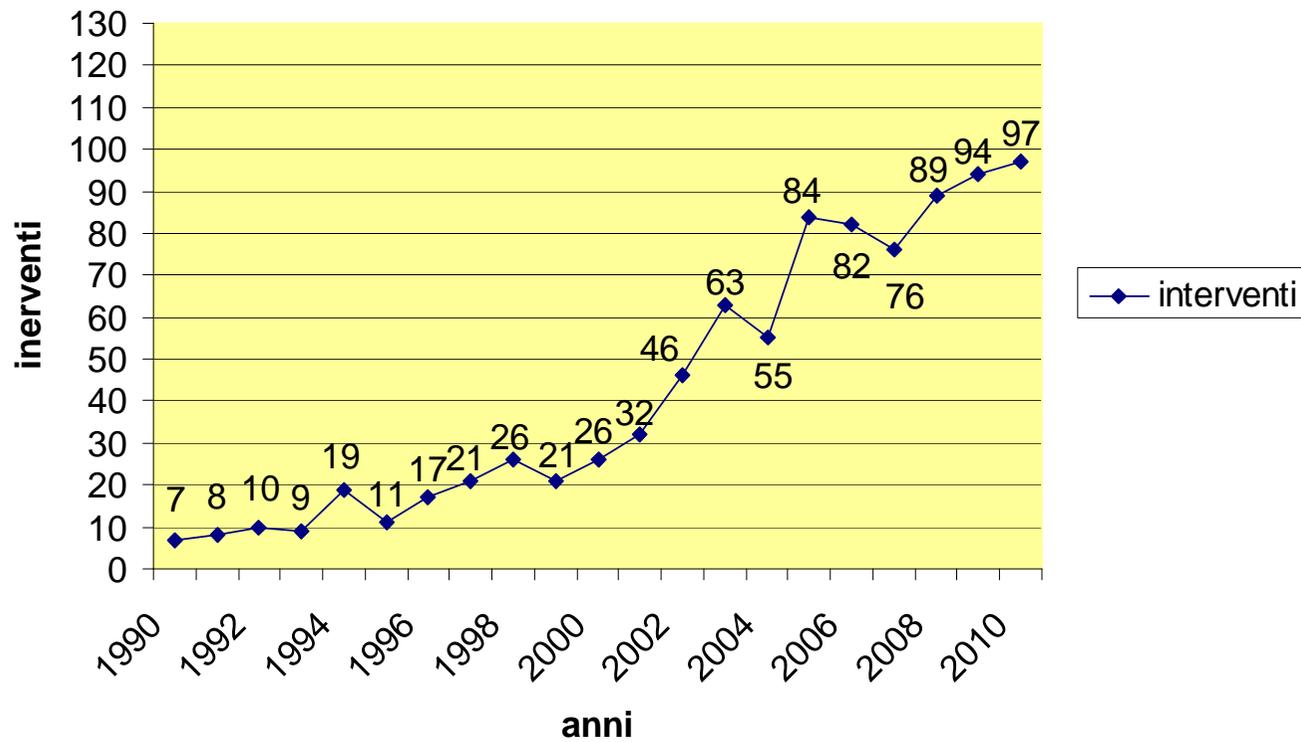
# NOSTRI DATI

---

- ◆ Dal 1990 al 2010  
**800 interventi (tiroidectomie totali, lobectomie)**
- ◆ Tumori estrapolati dal 2005 al 2008  
**67**
  - 19 sottoposti solo a chirurgia**
  - 48 a chirurgia e radioterapia metabolica**

# *Tiroidectomie 1990 –2010*

## *N° 893*

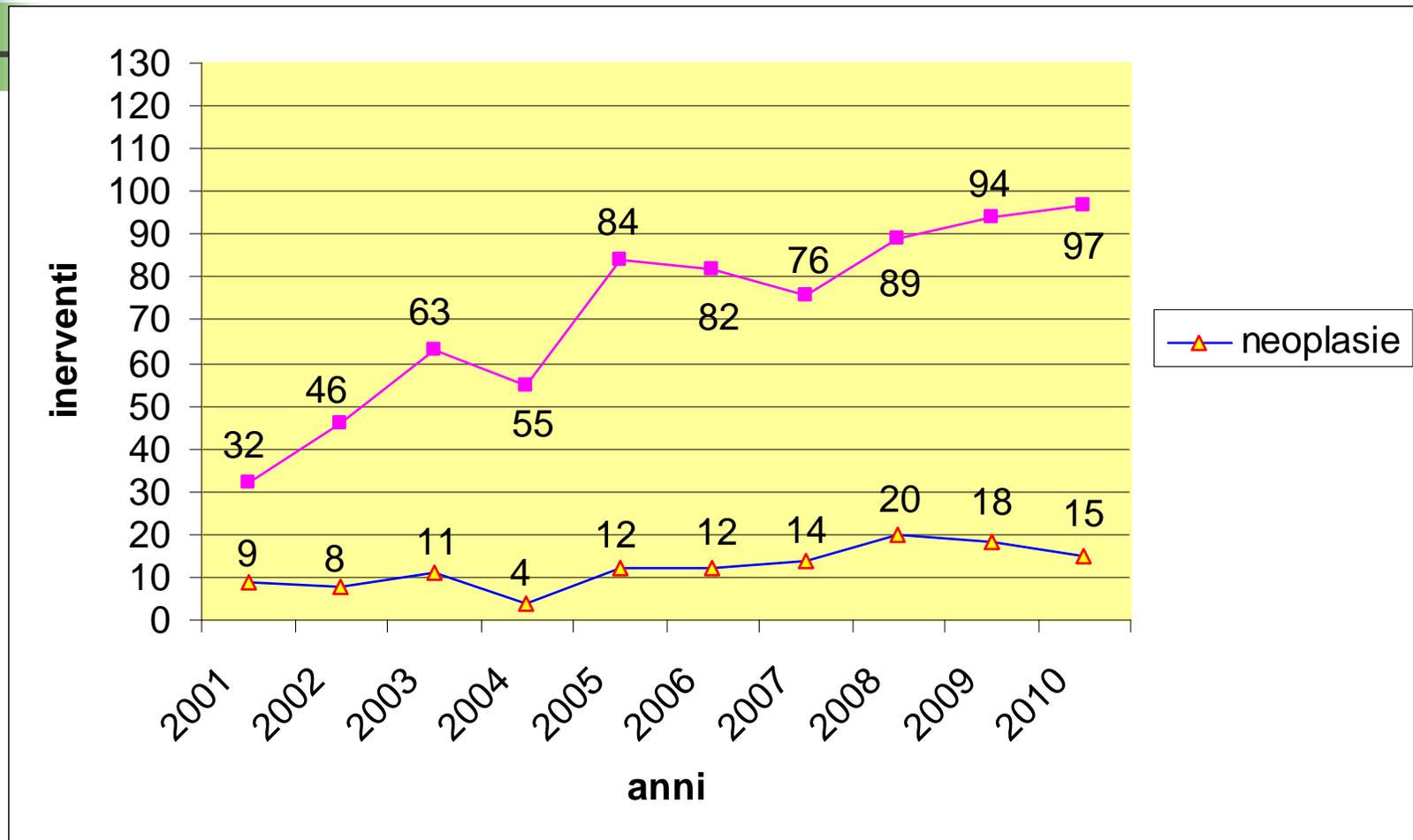


Casale M. 19 marzo-2 aprile 2011

**LE NEOPLASIE DIFFERENZIATE DELLA TIROIDE**

# Neoplasie tiroidee (2001-2010)

## N° 118



# Grazie per l'attenzione!



**Casale M. 19 marzo-2 aprile 2011**

**LE NEOPLASIE DIFFERENZIATE DELLA TIROIDE**