



## Ospedale "SS. Antonio e Margherita" ASL AL Tortona

S.C. di  
*Otorinolaringoiatria*  
Direttore: F. Balzarini  
[Otorinostudio.tortona@aslal.it](mailto:Otorinostudio.tortona@aslal.it)



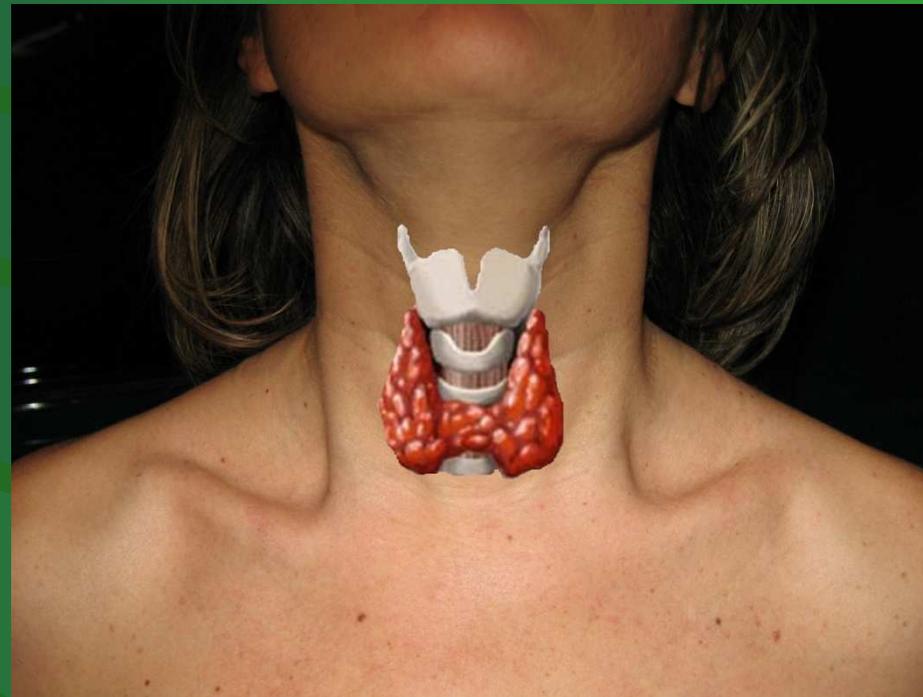
# LE MALATTIE DELLA TIROIDE

(DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA)

*Focus sui percorsi aziendali*

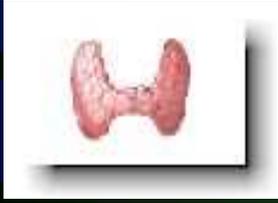
Tortona, 14 e 28 maggio 2011

*Neoplasie differenziate  
della Tiroide*



Fabrizio Balzarini - Antonio Giovanni Bulzomì

*Otorinostudio.tortona@aslal.it*



## Tradizionale divisione dei tumori maligni della tiroide in 4 grandi gruppi

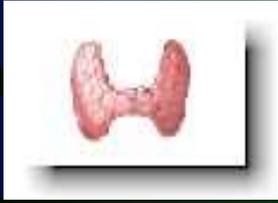
- Ca. Papillare
  - Ca. Follicolare
  - Ca. Indifferenziato o Anaplastico
  - Ca. Midollare
- Carcinomi tiroidei differenziati (CTD)  
85-90% delle neoplasie maligne della tiroide



## Carcinoma differenziato della tiroide (CDT)

- Ca. Papillare (PTC)
- Ca. Follicolare (FTC)
- *Costituiscono l'1% dei tumori maligni nell'uomo*
- *Incidenza :  
5-10/100.000 ab./anno*
- *La più frequente neoplasia maligna del sistema endocrino*

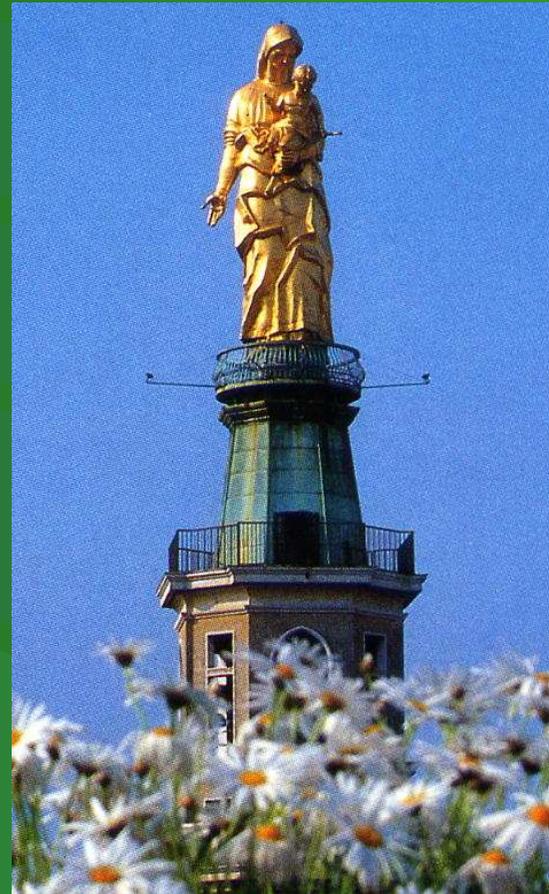


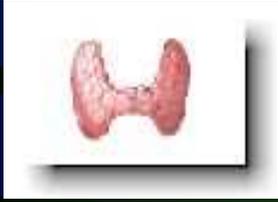


## Impatto Socio-Sanitario significativo

Prevalenza analoga o superiore a quella del:

- Mieloma
- Morbo di Hodgkin
- Ca. dell'esofago
- Ca. della laringe





## Dato importante!

- L'incidenza del Carcinoma Tiroideo attualmente stimato in Italia in 3.600 casi/anno è in fase di notevole crescita nel corso del tempo
- *American Thyroid Association* → incremento progressivo dei CDT in USA con 37.000 nuove diagnosi nel 2008 (n. record al momento della pubblicazione)



## ... altri dati importanti!

- Nonostante il costante aumento della prevalenza nelle ultime decadi, la mortalità per CDT è in graduale decremento
- Dati di sopravvivenza a 30 anni dalla diagnosi indicano che l'assoluta maggioranza dei soggetti con Ca. Papillare o Follicolare della Tiroide sono viventi.

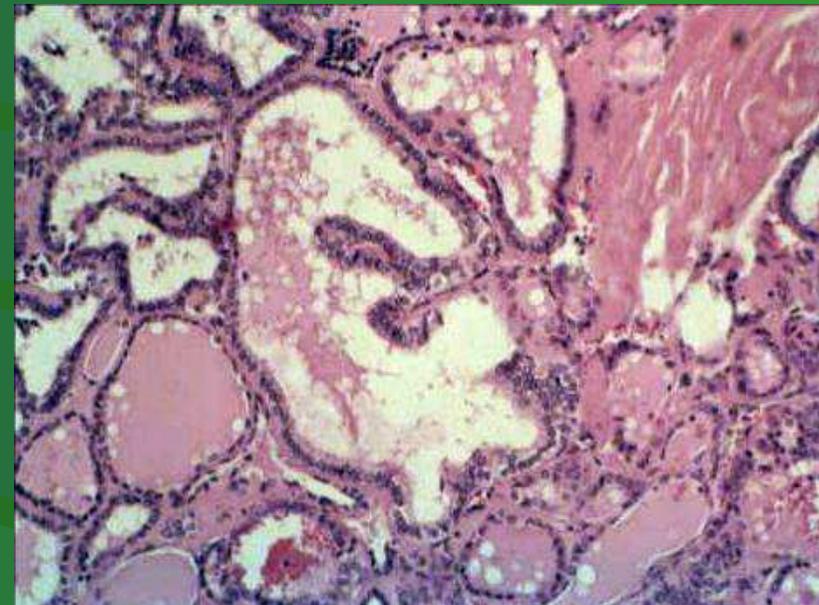
Diagnosi precoce

Programmi terapeutici  
multidisciplinari



## Carcinoma Papillare Tiroideo (PTC)

- Tumore epiteliale maligno con differenziazione follicolare
- E' la più frequente neoplasia tiroidea (60-90% dei CDT)
- Insorge più frequentemente in donne adulte intorno ai 40 anni di età
- Istologia:
  - formazione di papille (asse connettivale ricoperto da cellule epiteliali)
  - profilo nucleare tipico



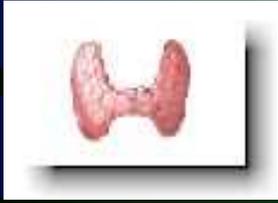
Ca. Papillare



## Carcinoma Papillare Tiroideo (PTC)



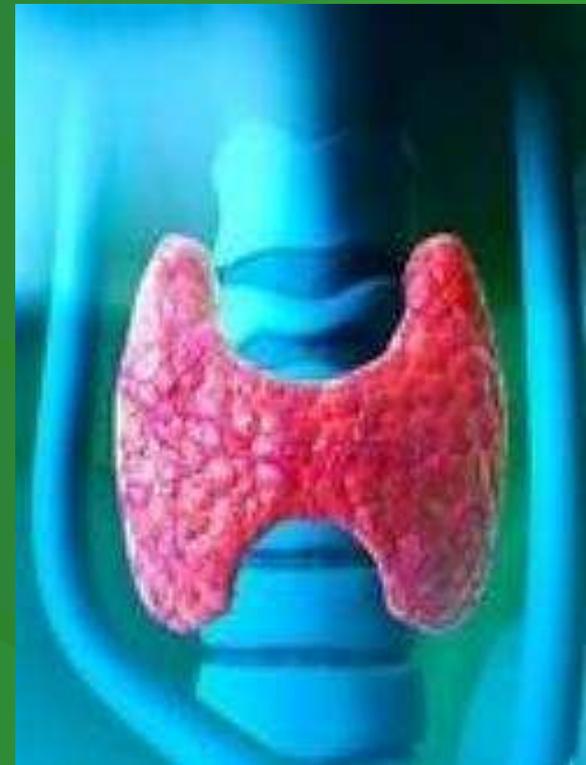
- Le cellule e il profilo nucleare delle cellule del PTC hanno aspetto caratteristico
- Dal punto di vista citologico la diagnosi in generale è agevole
- La metodica FNAB risulta molto affidabile in fase pre-operatoria

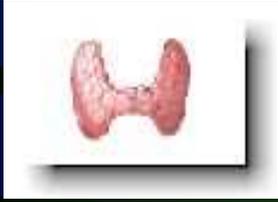


# Varianti Istologiche I

## Carcinoma Papillare variante Follicolare

- Caratteristiche nucleari tipiche del Ca. Papillare ma con architettura follicolare
- Maggiore possibilità di metastasi linfonodali e polmonari solitamente responsive ai trattamenti
- Maggiore aggressività
- In genere prognosi sovrapponibile al Ca. Papillare Tipico





## Varianti Istologiche II

Carcinoma Papillare con variante:

- Diffusa Sclerosante
- A Cellule Alte  
(“Tall-cells” Carcinoma)
- A Cellule Colonnari  
(“Columnar-cells” Carcinoma)





## Caratteristiche delle Varianti

- **Variante Diffusa Sclerosante:**  
si caratterizza per il totale coinvolgimento di uno o entrambi i lobi con sclerosi massiva, metaplasia squamosa e abbondante infiltrato linfocitario
- **Variante A Cellule Alte** (“Tall-cell” Carcinoma):  
strutture papillari rivestite da cellule di dimensioni doppie in altezza rispetto a quelle della forma tipica
- **Variante A Cellule Colonnari** (“Columnar-cell” Carcinoma)  
marcata stratificazione nucleare rispetto alla forma tipica



## Aggressività delle Varianti

- **Dal punto di vista prognostico le varianti “Tall-cell” e “Columnar-cell” Carcinoma risultano a comportamento biologico più aggressivo rispetto al Papillare Tipico per le più frequenti metastasi linfonodali e polmonari**



# Epidemiologia del Ca.Papillare

- Il PTC è più frequente fra i 30 e i 50 anni e colpisce spesso la donna adulta giovane (media 40 anni) con un rapporto femmine-maschi da 2:1 a 4:1
- Il 30% circa dei pazienti presenta, alla diagnosi, linfadenopatia clinicamente evidenziabile
- Solo una minima parte (1-7%) dei pazienti presenta metastasi a distanza
- La sopravvivenza a 5, 10 e 20 anni risulta pari al 98%, 96% e 95% rispettivamente





## Carcinoma Follicolare Tiroideo (FTC) II

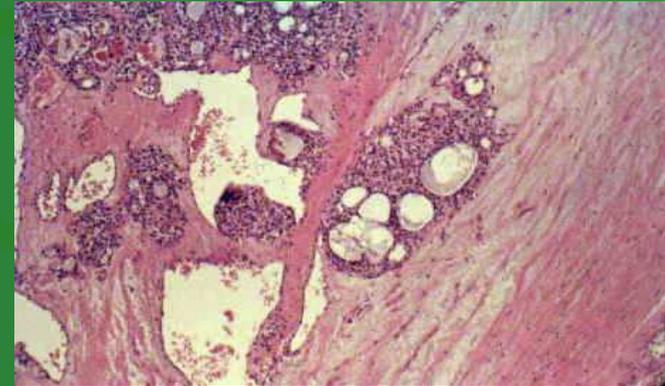
- Tumore epiteliale maligno con differenziazione follicolare senza le caratteristiche nucleari del PTC
- Per ordine di frequenza è il secondo cancro della tiroide dopo il Ca. Papillare
- Anche questo tumore è prevalente nella donna, ma in un'età media di dieci anni più elevata
- Presenta un'incidenza dipendente dall'apporto iodico (2-5% in aree geografiche con normale apporto iodico, 25-30% nelle aree iodocarenti)





## Carcinoma Follicolare Tiroideo (FTC)

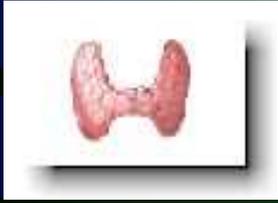
- Diagnosi citologica difficile in fase pre-operatoria, spesso indistinguibile dal semplice adenoma follicolare
- Comportamento più aggressivo del PTC con metastasi al sistema scheletrico e al polmone
- Le fratture patologiche possono costituire la manifestazione di esordio della malattia tumorale
  - alle ossa lunghe (femore)
  - alla pelvi
  - alla teca cranica





## Prognosi in base all'Istotipo

- La prognosi del Ca. Papillare è migliore di quella del Ca. Follicolare
- Nell'ambito del Ca. Papillare la prognosi è più sfavorevole nelle varianti:
  - A Cellule Alte (*“Tall-cell Carcinoma”*)
  - A Cellule Colonnari (*Columnar-cell Carcinoma*)
- Nell'ambito del Ca. Follicolare la prognosi è più sfavorevole nelle forme:
  - Ad ampia invasività
  - A Cellule di Hurtle
  - Scarsamente differenziate (*“insulari”*)



## Prognosi in base all'Estensione Tumorale

Il rischio di **recidiva** e quello di **mortalità** tumore-specifica si correlano in maniera significativa con:

- Le dimensioni del tumore
- L'invasione extratiroidea
- La presenza di metastasi linfonodali loco-regionali
- La presenza di metastasi a distanza





# Classificazione clinico-prognostica

secondo la Lahey Clinic

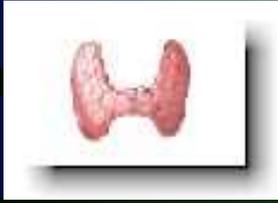
- **Basso rischio**

- *Giovane età: uomini fino a 40 anni, donne fino a 50 anni*
- *Uomini > 40 anni e Donne > 50 anni con tumore intratiroideo papillare o con minima invasione capsulare per le forme follicolari*
- *Tumore primitivo < 5 cm*
- *Assenza di metastasi a distanza*

- **Alto rischio**

- *Tutti i pazienti con metastasi a distanza*
- *Uomini > 40 anni e Donne > 50 anni con tumore extratiroideo papillare o con maggiore invasione capsulare per i follicolari*
- *Tumore primitivo  $\geq$  5 cm*

Sopravvivenza a 20 anni: **Basso rischio** = 99%    **Alto rischio** = 61%



# Terapia

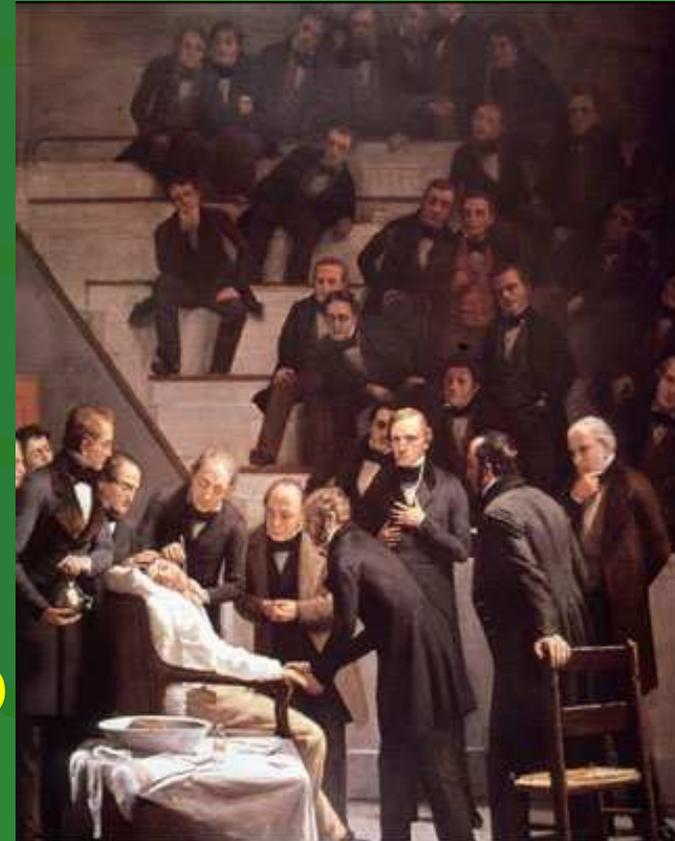
- **Basso rischio**

Tiroidectomia totale

- **Alto rischio**

Tiroidectomia totale +  
Trattamento Radiometabolico  
Ablativo con  $^{131}\text{I}$

**Terapia Ormonale con L-Tiroxina (L-T4)  
a dosaggi soppressivi del TSH sia nei  
casi ad alto che a basso rischio**



Primo intervento in anestesia generale - Boston,  
Massachusset General Hospital - 16 ottobre 1846

**Grazie per l'attenzione!**