

CHIRURGIA CONSERVATIVA PER IL CARCINOMA TIROIDEO. PERCHÉ? E PERCHÉ NO? MA SOPRATTUTTO: QUANDO?



ASSOCIAZIONE MEDICI ENDOCRINOLOGI
www.assoziazionemediciendocrinologi.it
Per la qualità clinica in Endocrinologia

VI CORSO AGGIORNAMENTO AME IN ENDOCRINOLOGIA CLINICA



TORINO, NH Ambasciatori
19/21 MARZO 2015

Perché pensare ad una chirurgia
conservativa di primo approccio

Davide Giordano

Otorinolaringoiatria



SANTAMARIANUOVA
ARCISPEDALE | IRCCS | REGGIO EMILIA

Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce
on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

David S. Cooper, M.D.¹ (Chair)*, Gerard M. Doherty, M.D.,² Bryan R. Haugen, M.D.,³
Richard T. Kloos, M.D.,⁴ Stephanie L. Lee, M.D., Ph.D.,⁵ Susan J. Mandel, M.D., M.P.H.,⁶
Ernest L. Mazzaferri, M.D.,⁷ Bryan McIver, M.D., Ph.D.,⁸ Furio Pacini, M.D.,⁹ Martin Schlumberger, M.D.,¹⁰
Steven I. Sherman, M.D.,¹¹ David L. Steward, M.D.,¹² and R. Michael Tuttle, M.D.¹³



NCCN

National
Comprehensive
Cancer
Network®

**Pur con disomogeneità
tutte le linee-guida sul
CPT contengono
raccomandazioni
in merito alla chirurgia
conservativa**

**Perché la chirurgia conservativa
di primo approccio nel
carcinoma papillare tiroideo?**

Long-Term Outcomes of Total Thyroidectomy Versus Thyroid Lobectomy for Papillary Thyroid Microcarcinoma: Comparative Analysis After Propensity Score Matching

Jandee Lee,¹ Jae Hyun Park,¹ Cho-Rok Lee,² Woong Youn Chung,² and Cheong Soo Park²

Journal of Thyroid Research
Volume 2013, Article ID 398194, 5 pages
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/398194>

Clinical Study

Thyroid Lobectomy Is Associated with Excellent Clinical Outcomes in Properly Selected Differentiated Thyroid Cancer Patients with Primary Tumors Greater Than 1 cm

Fernanda Vaisman,^{1,2} Denise Momesso,¹ Daniel A. Bulzico,²
Cencita H. C. N. Pessoa,² Manuel Domingos Gonçalves da Cruz,³ Fernando Dias,⁴
Rossana Corbo,^{1,2} Mario Vaisman,¹ and R. Michael Tuttle⁵

World J Surg (2014) 38:68–79
DOI 10.1007/s00268-013-2224-1



Thyroid Lobectomy for Papillary Thyroid Cancer: Long-term Follow-up Study of 1,088 Cases

Kenichi Matsuzo · Kiminori Sugino · Katsuhiko Masudo · Mitsuji Nagahama ·
Wataru Kitagawa · Hiroshi Shibuya · Keiko Ohkuwa · Takashi Uruno ·
Akifumi Suzuki · Syunsuke Magoshi · Junko Akaishi · Chie Masaki ·
Michikazu Kawano · Nobuyasu Suganuma · Yasushi Rino · Munetaka Masuda ·
Kaori Kameyama · Hiroshi Takami · Koichi Ito

**Evidenze retrospettive
e prospettiche
indicano che la
prognosi del paziente
con CPT low-risk
è indipendente
dall'estensione del
gesto chirurgico**

Casistica ORL ASMN-IRCCS

(dati attuali)

	TT	LI
Danno ricorrenziale	* 0,5%	* 0,2%
Ipoparatiroidismo	4,5%	0%

* Frequenza della paresi ricorrenziale calcolata sul totale di
nervi laringei ricorrenti isolati

**L' overtreatment in oncochirurgia tiroidea
(e non solo...)
è potenzialmente foriero di una maggior
frequenza di complicanze**

Chirurgia conservativa “tout court” o mirata?



Il paziente “*Low-risk*”



FATTORI LEGATI AL PAZIENTE

Età ≤ 45 anni

Sesso F

Famigliarità per neoplasia tiroidea No

Pregressa radioterapia sul collo No

FATTORI LEGATI AL TUMORE

Dimensioni ≤ 10 mm

Multifocalità no

Bilateralità no

Variante istologica aggressiva no

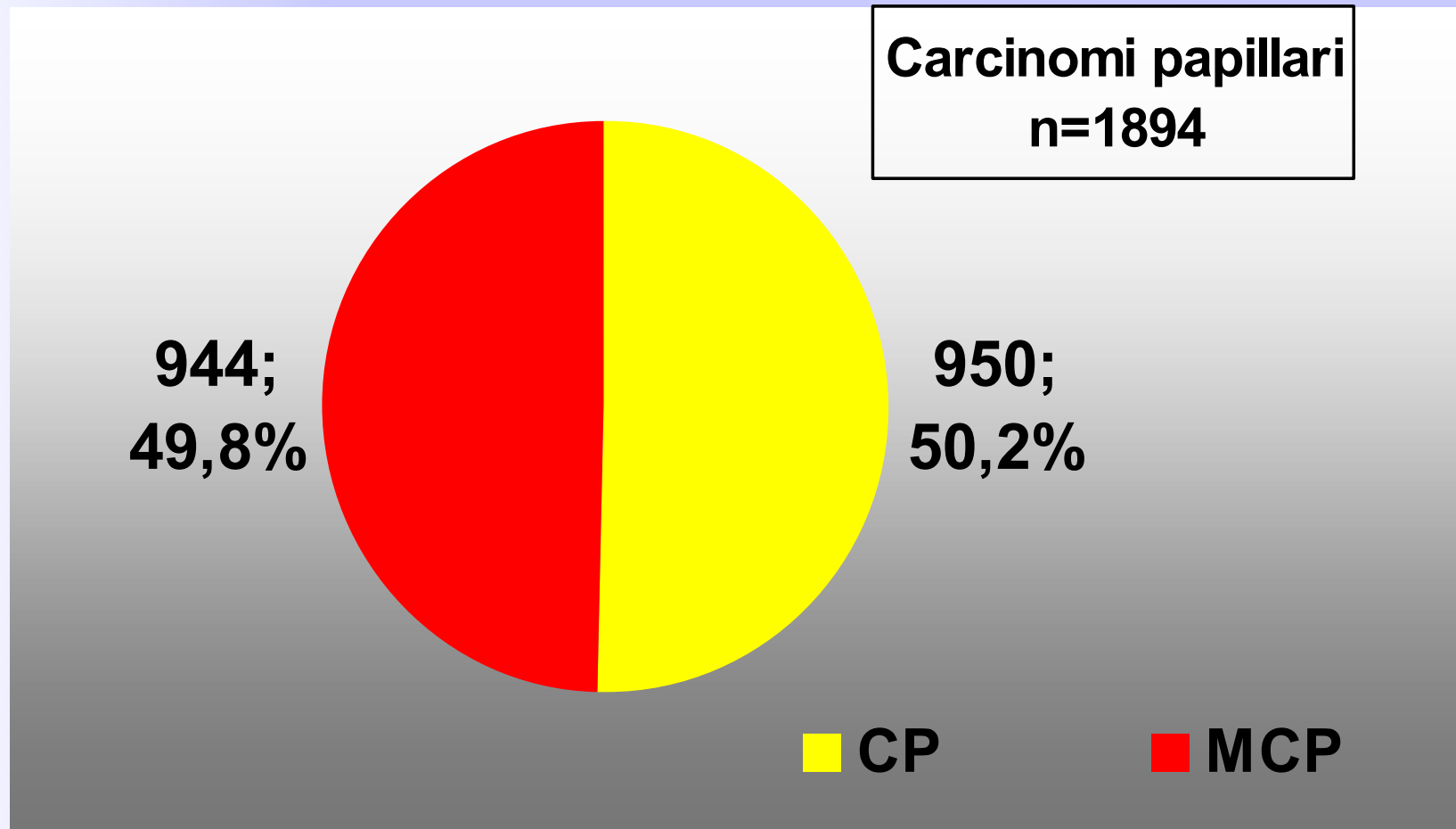
Metastasi linfatiche no

Estensione extratiroidea no

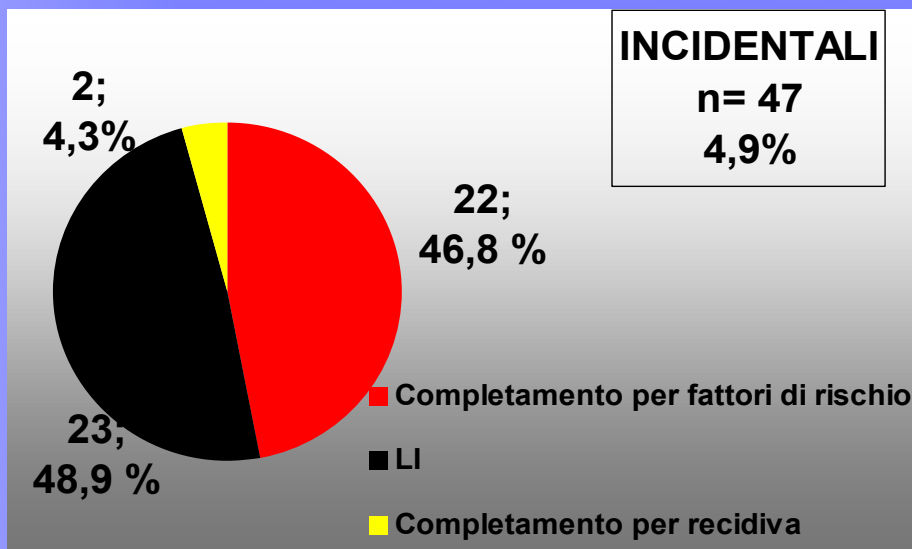
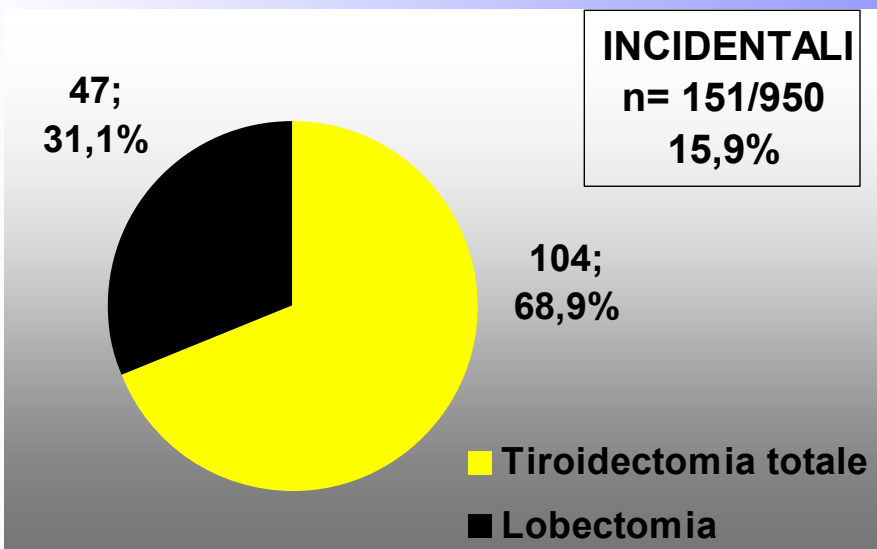
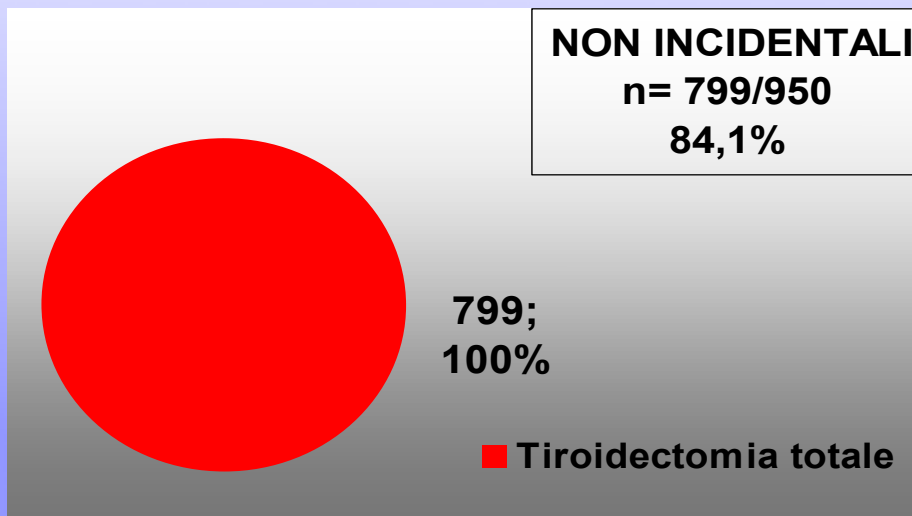
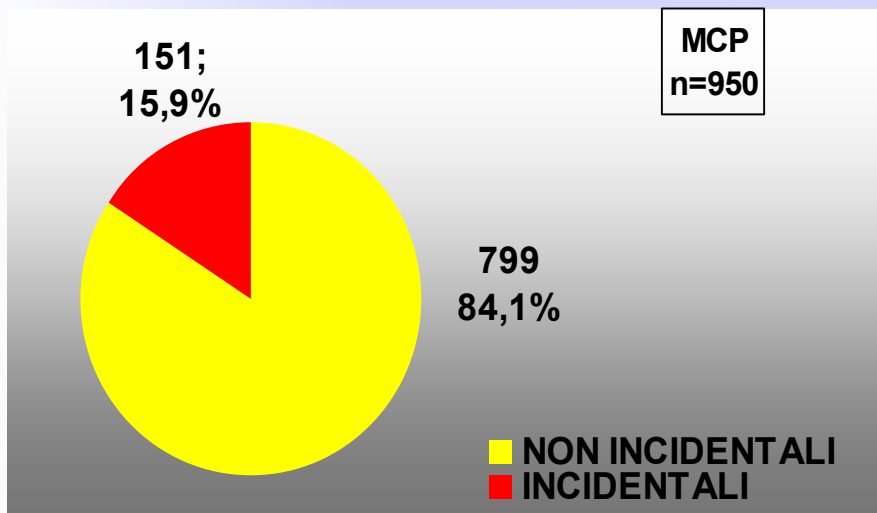


La difficoltà nel definire preoperatoriamente la gran parte dei fattori legati al tumore (pTN) rappresenta un “cono d’ombra” che condiziona la scelta terapeutica

Un po' di numeri: 1980 - 2013



Un po' di numeri: 1980 - 2013



IL CARCINOMA PAPILLARE DELLA TIROIDE

ORL REGGIO EMILIA 1980-2013 (n: 1894)

Età Ø		Multifocale	Extracapsulare	pT4	pN ⁺ area 6	pN ⁺ area 6 + laterale
	n	%	%	%	%	%
<45 a Ø <1 cm	406	147/406 36.2 %	91/406 22.4 %	7/406 1.8 %	83/175 47.8 %	51/406 12.6 %
>45 a Ø <1 cm	547	196/547 35.8 %	133/547 24.7 %	9/547 1.7 %	53/195 27.2 %	41/547 7.5 %
<45 a Ø <2cm	689	250/689 36.3 %	191/689 27.9 %	19/689 2.8 %	153/311 49.2 %	115/689 16.7%
<45 a Ø >2 cm	166	44/166 26.5%	49/166 29.3 %	17/166 10.0 %	39/58 67.6 %	46/166 27.7 %
>45 a Ø <2 cm	838	327/838 39.0 %	252/838 30.1 %	34/838 4.1 %	112/344 32.20 %	79/838 9.7 %
>45 a Ø >2 cm	204	73/204 35.7 %	73/204 35.8 %	35/204 17.2 %	37/77 48.0 %	43/204 21.3 %

Incidenza di metastasi linfatiche nel MCP

Anno	Operati	Area 6	N+ area 6	N+ area 6	SLC+ area 6	N+ SLC + area 6	N+ LC
	n	n	n	%	n	n	%
2006	58	17	4	23,53	5	2	8,62
2007	62	35	9	25,71	4	1	6,45
2008	58	23	9	39,13	4	4	6,90
2009	75	20	8	40,00	8	4	10,67
2010	80	35	10	28,57	6	4	7,50
2011	87	38	15	39,47	1	0	1,15
2012	75	27	14	51,85	7	3	9,33
2013	59	8	5	62.50	1	0	1.69

**La “skill” anatomopatologica nel “trovare”
le metastasi linfatiche cresce nel tempo**



**Radicalità sì,
radicalità no....**

Facciamo un gioco !



Angela

- 39 anni
- Lobectomia tiroidea destra per nodulo TIR2, 3 cm
- Esito: Iperplasia adenomatosa. Focolaio MCP 4 mm pT1a

Che fare?

- Follow up

Martina

- 31 anni
- Lobectomia tiroidea sinistra per nodulo TIR2, 2,5 cm
- Esito: Iperplasia adenomatosa. Focolaio MCP 4 mm, pT3

Che fare?

- **Tiroidectomia di completamente differita**
- **RAI**
- **Follow up**

Giorgio

- 54 anni
- MCP (nodulo tiroideo TIR3 B-RAF+,
7 mm lobo destro, ecograficamente intratiroideo)

Che fare?

- **Lobectomia tiroidea destra + area 6 destra**
- **Estemporaneo su area 6: linfonodi reattivi**
- **Esito definitivo: MCP pT1a pN0**
- **Follow up**

Marco

- 51 anni
- MCP (nodulo tiroideo TIR3 B-RAF+, 6 mm lobo destro, ecograficamente intratiroideo)
- Lobectomia tiroidea destra + area 6 destra
- Estemporaneo su area 6: linfonodi reattivi
- Esito definitivo: MCP pT3 p N0

Che fare?

- **Tiroidectomia di completamente differita + eventuale area 6 sinistra**
- **Esito definitivo: MCP pT3 pN1a**
- **RAI**
- **Follow up**

Angela

Martina

Giorgio

Marco

INCIDENTALI

pT1a
pNx

Lobectomia

pT3
pNx

**Tiroidectomia
totale**

(doppia narcosi)

NON INCIDENTALI

pT1a
pN0

**Lobectomia +
area 6
ipsilaterale**

pT3
pN1a

**Tiroidectomia
totale + area 6**

(doppia narcosi)

**Questi ipotetici scenari per sottolineare
che la chirurgia tiroidea conservativa
di prima istanza può consentire:**

- ***un'adeguata stadiazione di T ed **N*****
- ***il trattamento di T ed **N*****

Ma il follow up?

▫

- Tg
- Ecografia
- **Meno del 5% delle recidive si presentano a livello del letto chirurgico**
- **Circa il 50% delle recidive locali può essere trattato con successo mediante chirurgia**

Il compromesso tra esigenze di radicalità oncologica e necessità di adeguata stadiazione ci pare sostenibile



Necessità di un salto culturale può essere un ottimo stimolo a migliorare la diagnostica a partire già dall'ambulatorio...

Forte sprone ad implementare la gestione multidisciplinare e l'interazione ospedale-territorio nell'ottica *Hub & Spoke*

**La scelta di una chirurgia
conservativa di prima istanza per il
trattamento del carcinoma papillare
tiroideo è realisticamente percorribile!**

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE !**