

DECISIONE CONDIVISA IN ENDOCRINOLOGIA: DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Il signor Giuseppe, 75 anni, si presenta all'Ambulatorio di Endocrinologia con prescrizione di ago-aspirato tiroideo. Pensionato, ha lavorato come impiegato del Ministero del Lavoro, livello di studio liceale, vedovo, vive solo.

- Endocrinologo: come mai le hanno prescritto l'ago-aspirato della tiroide?
- Giuseppe (stizzito): ... ma lo devo fare per forza???
- Endocrinologo: "per forza" non si fa nulla, caro signor Giuseppe!
- Giuseppe (con tono più pacato): ... ma è proprio necessario?
- Endocrinologo: per darle un mio parere, devo avere le informazioni necessarie e valutare con l'ecografo personalmente. Mi racconti come sono andate le cose.
- Giuseppe, con tono garbato ma insofferente, inizia il racconto: mesi fa sono stato dal mio medico per giramenti di testa che poi sono passati. Mi ha prescritto una serie di esami, fra cui un doppler dei vasi del collo (perché non l'avevo mai fatto!). Sono andato di malavoglia: sono anziano, vedovo e vivo solo da molti anni, ... non avevo molta voglia di andare in giro a fare esami. Comunque l'ecografista ha trovato "qualcosa" alla tiroide, per cui ha consigliato di fare un'ecografia specifica. Anche questa volta ho pensato di non andare, ma il medico ha insistito, perché potevo avere un TUMORE. Si figuri quando mi è stato consigliato di fare l'ago-aspirato!!!
- Endocrinologo: bene, adesso vediamo la sua tiroide.

L'endocrinologo esegue e referta l'ecografia: volume nei limiti, con ecostruttura di fondo regolare e omogenea. In sede apicale sinistra nodulo misto (13.4 x 13 x 16 mm), con componente cistica 20%, componente solida iso-ipoecogena disomogenea; margini regolari e netti, vascolarizzazione abbondante della componente solida. Non linfadenopatia LC di aspetto patologico.

- Endocrinologo: mi ascolti signor Giuseppe. È possibile che se lei non scopriva occasionalmente questo nodulo, avrebbe vissuto il resto della sua vita senza sapere nulla della sua esistenza! Purtroppo è stato scoperto e se lei mi chiede se il nodulo può essere un tumore, io non le posso dire di NO! ... Sulla base dei caratteri ecografici, le posso dire che la possibilità che sia un tumore è tra 20 e 50%, quindi abbastanza alta.
- Giuseppe: ... ma cosa mi può succedere se non faccio l'ago-aspirato?
- Endocrinologo: nulla di pericoloso per la vita ..., oggi sappiamo che molti piccoli noduli maligni possono rimanere invariati senza dare problemi di salute. Ma l'esito dell'ago-aspirato ci può aiutare a definire la natura del nodulo e a decidere di conseguenza di fare un intervento...
- Giuseppe (in tono aggressivo): ma neanche per sogno ... NON HO ALCUNA INTENZIONE DI OPERARMI!!!
- Endocrinologo: certamente lei dispone della sua vita in tutto e per tutto! C'è da dire, però, che se risultasse un tumore, l'intervento sarebbe quasi sicuramente risolutivo, ... ma se risulta benigno, lei potrà tenersi la sua tiroide con maggiore tranquillità.
- Giuseppe: va bene faccio l'ago-aspirato..., ma non mi opero, qualsiasi cosa sia!!!

Dopo 15 giorni è disponibile il referto citologico.

- Endocrinologo: allora signor Giuseppe, nell'esame citologico sono presenti cellule tumorali...
- Giuseppe (sconfortato): ma non è possibile, IO STO BENE. Io non volevo fare tutti questi esami ... e adesso mi dite che ho un tumore!
- Endocrinologo: infatti, nella maggior parte dei casi i tumori della tiroide non danno sintomi e si scoprono occasionalmente.
- Giuseppe: io non mi opero!!! ... alla mia età, ... quanto mi resta da vivere?
- Endocrinologo: capisco e condivido le sue perplessità. Anzi le dico di più: ho un paziente che al momento in cui gli hanno detto che aveva un tumore della tiroide (esame citologico) ha deciso di non operarsi; sono 4 anni che vive normalmente e il nodulo non è cambiato!
- Giuseppe: ... ma io sono solo, non ho nessuno che mi può assistere in ospedale!!!
- Endocrinologo: capisco che anche questo è un problema, ma guardi che l'intervento non richiede molti giorni di ricovero: se tutto va bene sono solo 2 notti!
- Giuseppe: ... e se ci sono complicazioni?
- Endocrinologo: come tutte le terapie, ci possono essere BENEFICI ma anche RISCHI. Quindi anche l'asportazione della tiroide può comportare conseguenze indesiderate: danno ai nervi che regolano le corde vocali e ipoparatiroidismo, che vuol dire ...



- Giuseppe, terrorizzato, interrompe: ed io come faccio se resto senza voce!?
- Endocrinologo: purtroppo il rischio è piccolo ma esiste!
- Giuseppe: ma perché dovrei togliere tutta la tiroide?
- Endocrinologo: questo è stato il comportamento chirurgico più frequente fino a qualche anno fa... Oggi, alla luce dell'esperienza degli ultimi 20 anni, possiamo anche prendere in considerazione la lobectomia (asportazione del solo lobo che contiene il tumore). Una cosa è certa: la possibilità di effetti collaterali si riduce moltissimo con la sola lobectomia.
- Giuseppe: ... e se scegliessi di fare SOLO la lobectomia?
- Endocrinologo: valuterò con il chirurgo questa opzione. Lei comunque dovrà esprimere per iscritto il suo consenso, essendo consapevole che c'è la possibilità statisticamente significativa di avere piccoli gruppi di cellule neoplastiche nell'altro lobo, attualmente non rilevabili con l'ecografia, che possono essere causa di recidiva. Ma anche in questa evenienza non c'è pericolo di vita, dato che anche le recidive sono curabili.
- Giuseppe (rassegnato): ... ma tutte a me devono succedere, che sono vecchio e solo ... e quanto devo campare ancora?!?! ...- dopo un attimo di riflessione - Lei cosa mi consiglia?
- Endocrinologo: il mio consiglio, basato essenzialmente sulle indicazioni di linee guida scientifiche, può sottovalutare alcune condizioni che non sono scientifiche, ma riguardano la sua personalità, i suoi affetti, la sua storia, le sue condizioni di vita, ... le sue aspettative. Questi criteri, sono solo SUOI, e SOLO LEI può dargli il peso che ritiene giusto!!!
- Giuseppe: mah ... sarei per l'intervento parziale, ma mi lasci riflettere per qualche giorno!

Dopo qualche giorno il signor Giuseppe ci comunica la sua decisione per l'intervento di lobectomia.

Commento

La conoscenza (EBM) non basta, afferma Richard Lehman (1). Per il medico sono indispensabili altre abilità:

- metodologia diagnostica razionale;
- capacità di ascolto;
- comunicazione efficace con il paziente;
- condivisione dell'esperienza del paziente.

Senza dubbio queste abilità si acquisiscono coltivando una cultura umanistica ("*humanities*"), come ci dimostra Kathryn Kirkland in un recente articolo su JAMA (2).

Oggi più che mai queste abilità sono indispensabili nella nostra pratica endocrinologica, per poter condividere con i pazienti le decisioni diagnostiche e terapeutiche (3-5).

Bibliografia

1. Lehman R. Sharing as the future of medicine. JAMA Intern Med [2017, 177: 1237](#).
2. Kirkland KB. Exploring the surgical gaze through literature and art. JAMA [2018, 319: 1532](#).
3. Cappola AR. How to look for thyroid cancer. JAMA [2017, 317: 1840](#).
4. Stack BC Jr, Angelos P. The ethics of disclosure and counseling of patients with thyroid cancer. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg [2015, 141: 957-8](#).
5. Tuttle RM. Ethical considerations for continued observation of thyroid lesions. [2016](#).