

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
**Azienda USL di Bologna**

Relais Bellaria Hotel & Congressi  
Bologna, 21 marzo 2009

# CARCINOMA TIROIDEO DIFFERENZIATO: DALLA DIAGNOSI AL FOLLOW-UP

Le questioni aperte, le risposte possibili

CASO CLINICO



**Francesca Briganti**  
Unità Operativa di Endocrinologia  
Ospedale Maggiore  
Bologna



## Giugno 2006:

L.F., di sesso femminile, 27 anni, giunge in amb.territoriale per noduli tiroidei.

Dall'anamnesi:

- Commessa
- Non familiarità per tireopatie
- Regolare sviluppo psico-fisico, menarca a 13 anni, cicli regolari, nessuna gravidanza, non fumatrice, normopeso, alvo e diuresi regolari
- Ricorda le malattie infettive infantili, per il resto ha sempre goduto buona salute
- Non assume farmaci
- Nessuna allergia nota

TSH 3.75  $\mu$ U/ml, FT4 11.8 ng/ml, Calcitonina < 2 pg/ml, ab anti-TPO > 500 U/ml.

Viene inviata come di routine ai nostri ambulatori di agopaspirati ecoguidati

# NODULO PARAISTMICO SINISTRO

ENDOCRINOLOGIA O. MAGGIORE

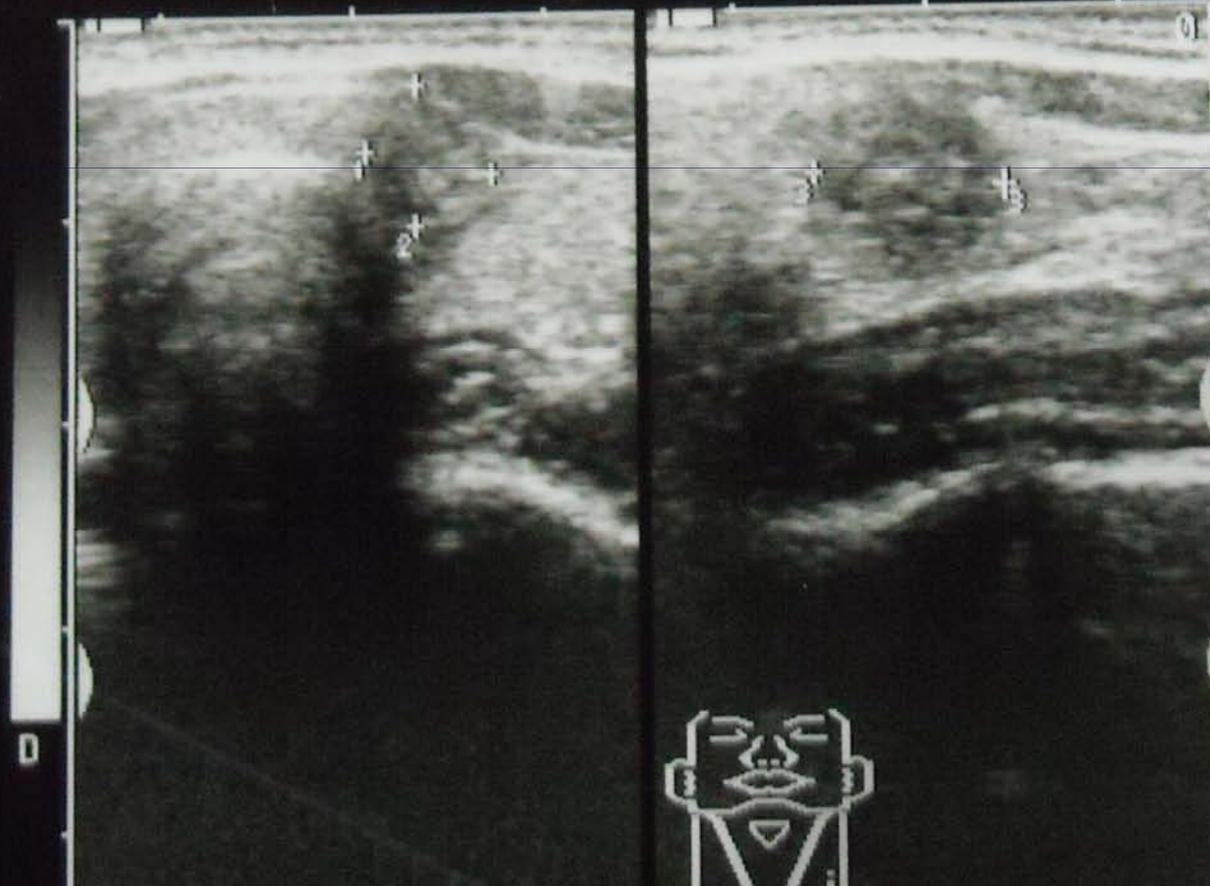
SIEMENS

\*

ID:

MD:

Sm Parts  
75L45S \* 10



D1= 6.6mm  
D2= 7.0mm  
D3= 9.8mm

## Fine giugno 2007: FNAC

### Descrizione macroscopica:

Nodulo istmico ipoecogeno a margini sfumati e bombatura della capsula con spots iperecogeni di 9 x 6.5 x 10 mm

### Tecniche utilizzate:

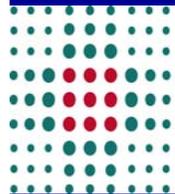
Papanicolaou; May Grunwald-Giemsa

### Descrizione e diagnosi:

MINIMA COLLOIDE, EMAZIE, GRANULOCITI, LINFOCITI, RARI ISTIOCITI, TIREOCITI

ISOLATI E AGGREGATI SIMIL-FOLLICOLARI, SPESSO MAL CONSERVATI, TALORA CON MODIFICAZIONI OSSIFILE.

QUADRO ORIENTATIVO PER NODULO IPERPLASTICO.



Settembre 2007

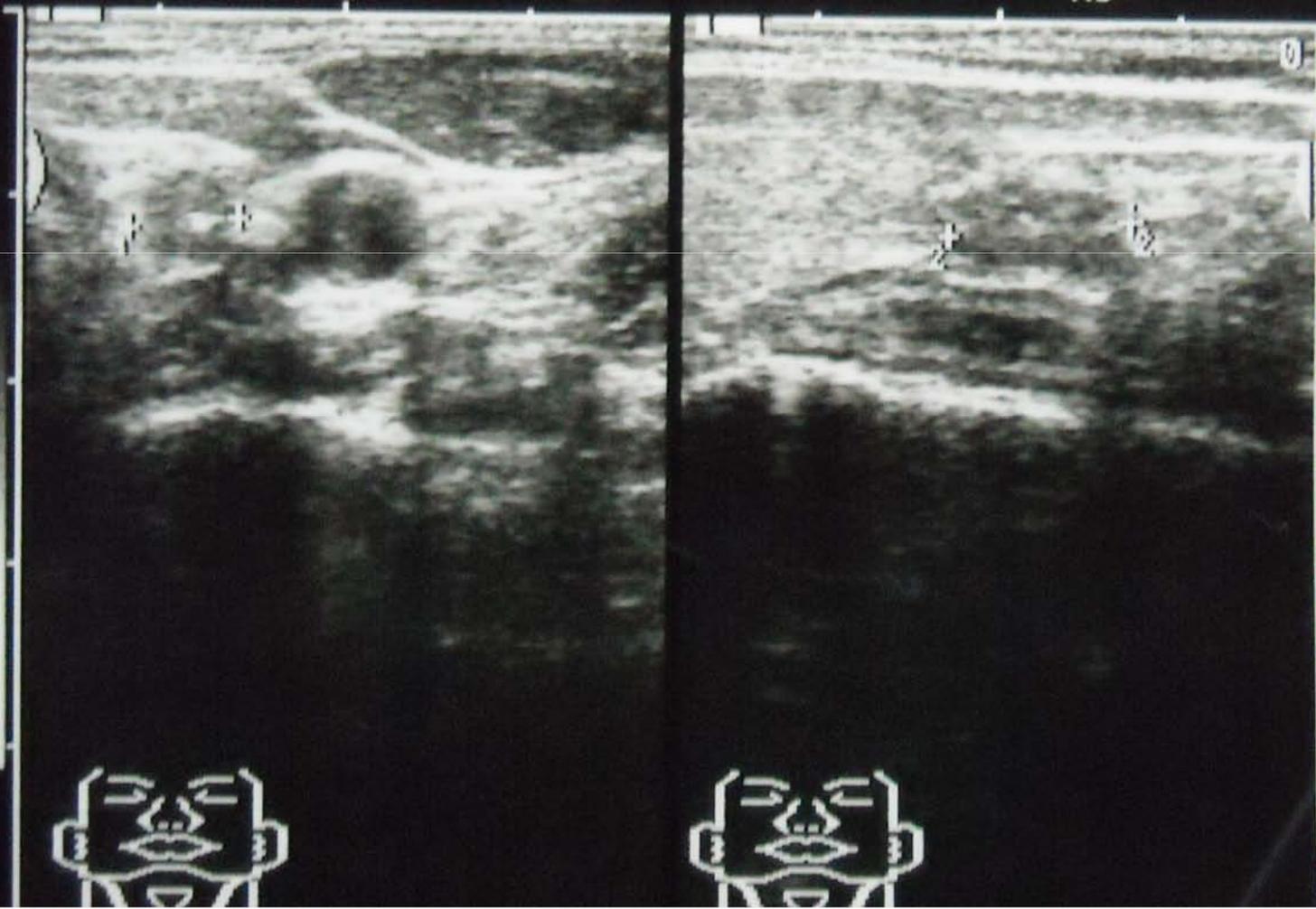
# POLO INFERIORE LOBO SINISTRO

ENDOCRINOLOGIA O. MAGGIORE

SIEMENS

ID: /

Sm Parts  
75L45S



D1= 5.9mm  
D2= 10.0mm

## Settembre 2007: FNAC

### Descrizione macroscopica:

Nodulo istmico ipoecogeno a margini sfumati e bombatura della capsula con spots iperecogeni di 9 x 6.5 x 10 mm

### Tecniche utilizzate:

Papanicolaou; May Grunwald-Giemsa

### Descrizione e diagnosi:

SU SFONDO DI LINFOCITI DI PICCOLE DIMENSIONI E MACROFAGI, SI OSSERVANO NUMEROSI AGGREGATI DI TIREOCITI CON NUCLEI SPESSO DISMETRICI E CITOPLASMA SPESSO AMPIO SIMIL-OSSIFILO, CHE MOSTRANO ARTEFATI DA NON CORRETTO ALLESTIMENTO TECNICO DEL PREPARATO. GLI AGGREGATI SONO DI FORMA IRREGOLARE, SOLIDI, COMPATTI. SI OSSERVANO CELLULE GIGANTI PLURINUCLEATE. LA COLLOIDE E' TENUE DI FONDO E ANCHE IN ZOLLE DENSE.

IL QUADRO ORIENTA PER NODULO IPERPLASTICO A CELLULE OSSIFILE, MA PER GLI ARTEFATTI SI CONSIGLIA RIPETIZIONE DELL'ESAME

COME PROSEGUIRE?

1. Controllo ecografico
2. Ripetizione FNAC
3. Chirurgia?

Settembre 2007

indicazione a tiroidectomia totale con bonifica dello spazio centrale (VI livello di sinistra)

Fine Ottobre 2007

Tiroidectomia totale con asportazione di linfonodo paratracheale sinistro. All'ispezione e palpazione delle logge ricorrenziali di sinistra non si repertano altre adenopatie.

ESAME ISTOLOGICO: **CARCINOMA TIROIDEO PAPILLARE CLASSICO**. LA NEOPLASIA INFILTRA LA CAPSULA PROPRIA E I TESSUTI FIBRO-MUSCOLARI PERITIROIDEI, RAGGIUNGENDO FOCALMENTE I CONTORNI ESTERNI DEL PEZZO OPERATORIO. QUADRO DI TIROIDITE CRONICA E STRUMA PLURINODULARE NEL RESTANTE PARENCHIMA.  
**UN LINFONODO PERIISTMICO ADESO AL PEZZO OPERATORIO E' REATTIVO. INDENNE DA METASTASI.**  
**STADIAZIONE pT3N0Mx**

Gennaio 2008:

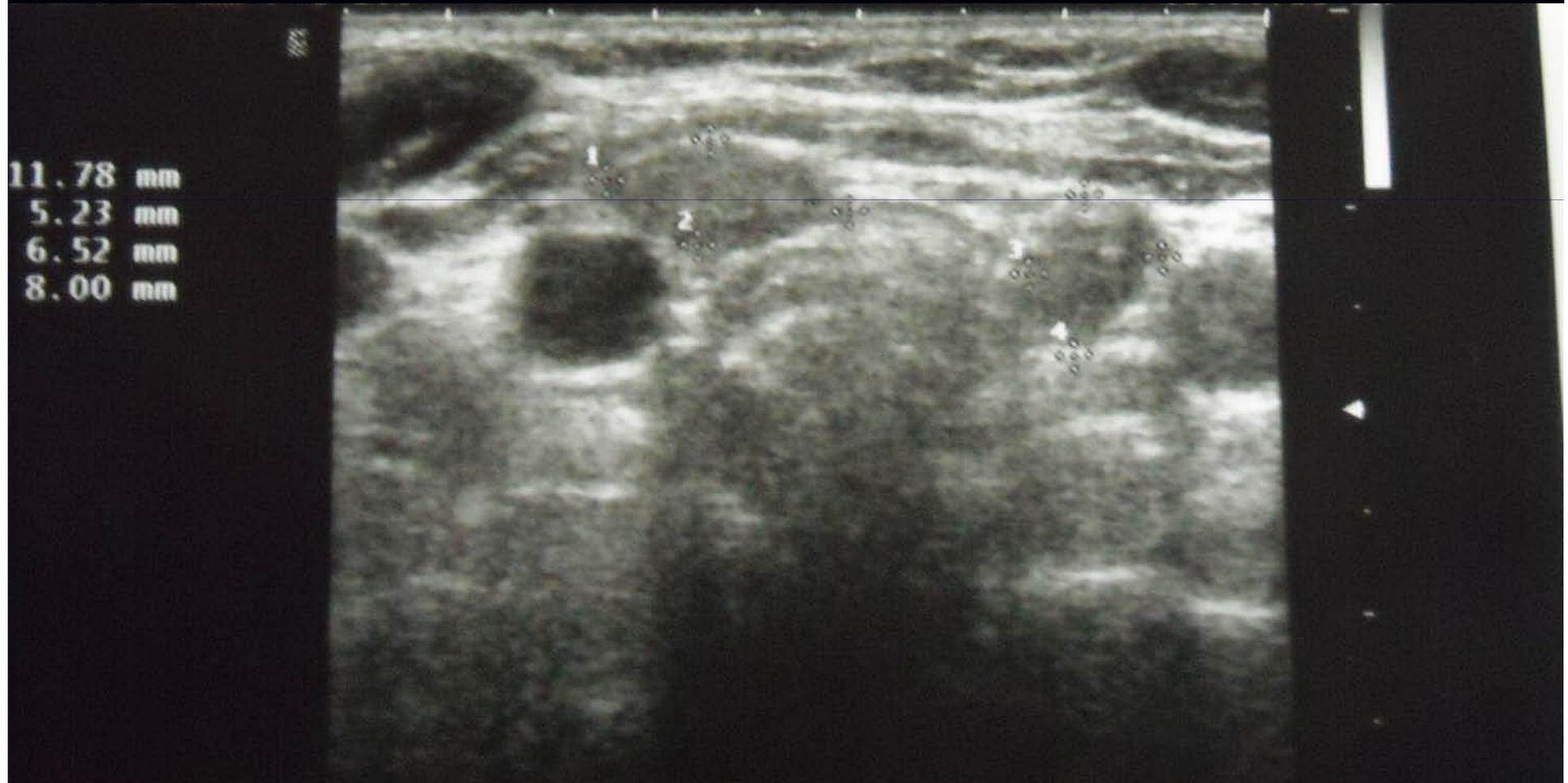
In sospensione di L-T4: TSH 49, TG < 0.5 ng/ml, ab anti-TG 299

RAI 3700 MBq

WBS post-dose: 3 areole di captazione in regione anteriore del collo, riferibili a residui ghiandolari e del dotto tireoglossso.

Marzo 2008: all'ecografia cervicale si evidenziano:

- 1) VI livello di sinistra immagine ipoecogena, ovalare, a vascolarizzazione peri e intranodulare di 7 x 6.7 x 7.5 mm
- 2) in sede paratracheale destra verosimile adenopatia di aspetto reattivo(adenopatie? Residuo?)



## Aprile 2008: FNAC

### Descrizione macroscopica:

- 1) VI livello di sinistra immagine ipoecogena, ovalare, a vascolarizzazione peri e intranodulare di 7 x 6.7 x 7.5 mm
- 2) in sede paratracheale destra verosimile adenopatia di aspetto reattivo

Tecniche utilizzate: papanicolaou; May grunwald-giemsa; Fattore trascrizionale tiroide (TTF-1)

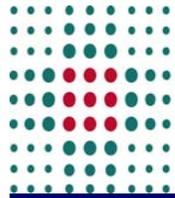
### Descrizione e diagnosi:

- 1) NUMEROSI LINFOCITI DI FONDO FRAMMISTI AI QUALI SONO PRESENTI ELEMENTI EPITELIALI, CHE MOSTRANO POSITIVITA' PER TTF-1. QUADRO ORIENTATIVO PER LOCALIZZAZIONE METASTATICA DA CA TIROIDEO

TG INTRALESIONALE : 8.98 ng/ml

- 2) NUMEROSI LINFOCITI E MACROFAGI. NEGATIVA LA RICERCA DI CELLULE NEOPLASTICHE

TG INTRALESIONALE : < 0.5 ng/ml



CHE FARE?

1. WBS diagnostica
2. Ripetizione FNAC (TG intralesionale 8.98)
3. Altro imaging? (TC o RMN collo-torace con m.d.c).



Aprile 2008

TC collo-torace con e senza m.d.c):

CAMPI POLMONARI REGOLARMENTE ESPANSI E SIMMETRICI SENZA IMMAGINI RIFERIBILI A LESIONI PRODUTTIVE PRIMITIVE O SECONDARIE.

IN SEDE MEDIASTINICA, A LIVELLO DEI VASI EPIDIAORTICI POSTERIORMENTE ALLA CAROTIDE E ALLA GIUGULARE E AL DAVANTI DELLA ARTERIA VERTEBRALE, DOPO LA SUA EMERGENZA DALLA SUCCLAVIA DI SINISTRA SONO APPREZZABILI ALCUNE IMMAGINI DEL DIAMETRO MASSIMO DI 10 mm, RIFERIBILI AD ADENOPATIE.



Giugno 2008:

Svuotamento II-III-IV-VI e VII livello latero-cervicale sinistro e del polo inferiore della parotide sinistra

Paralisi ricorrente sinistra transitoria con buon recupero mediante logopedia

ISTOLOGICO:

MICROMETASTASI DA CARCINOMA TIROIDEO PAPILLARE SU 17 DEI 36 LINFONODI ASPORTATI

CHE FARE?

1. 2° RAI a scopo ablativo
2. TG + WBS dopo rTSH + ecografia
3. TG + ab anti-TG + ecografia

In considerazione dell'assenza di captazione alla prima WBS post-dose effettuata solo 4 mesi prima della TC torace risultata invece positiva per adenopatie patologiche e della franca positività del ab anti-TG, abbiamo optato per valutazione a breve della TG e del trend degli ab anti-TG

Settembre 2008



Con L-T4 125 mg/die:  
TSH < 0.06, TG < 0.5, ab anti-TG 219



# STUDIO GENETICO-MOLECOLARE SUL TESSUTO NEOPLASTICO PRIMITIVO

ESTRAZIONE ACIDI NUCLEICI  
ANALISI SEQUENZA DELL'ESONE 15 DEL GENE BRAF

PRESENZA DELLA MUTAZIONE ATTIVANTE V600E  
(DA GTG A GAG)



Novembre 2008

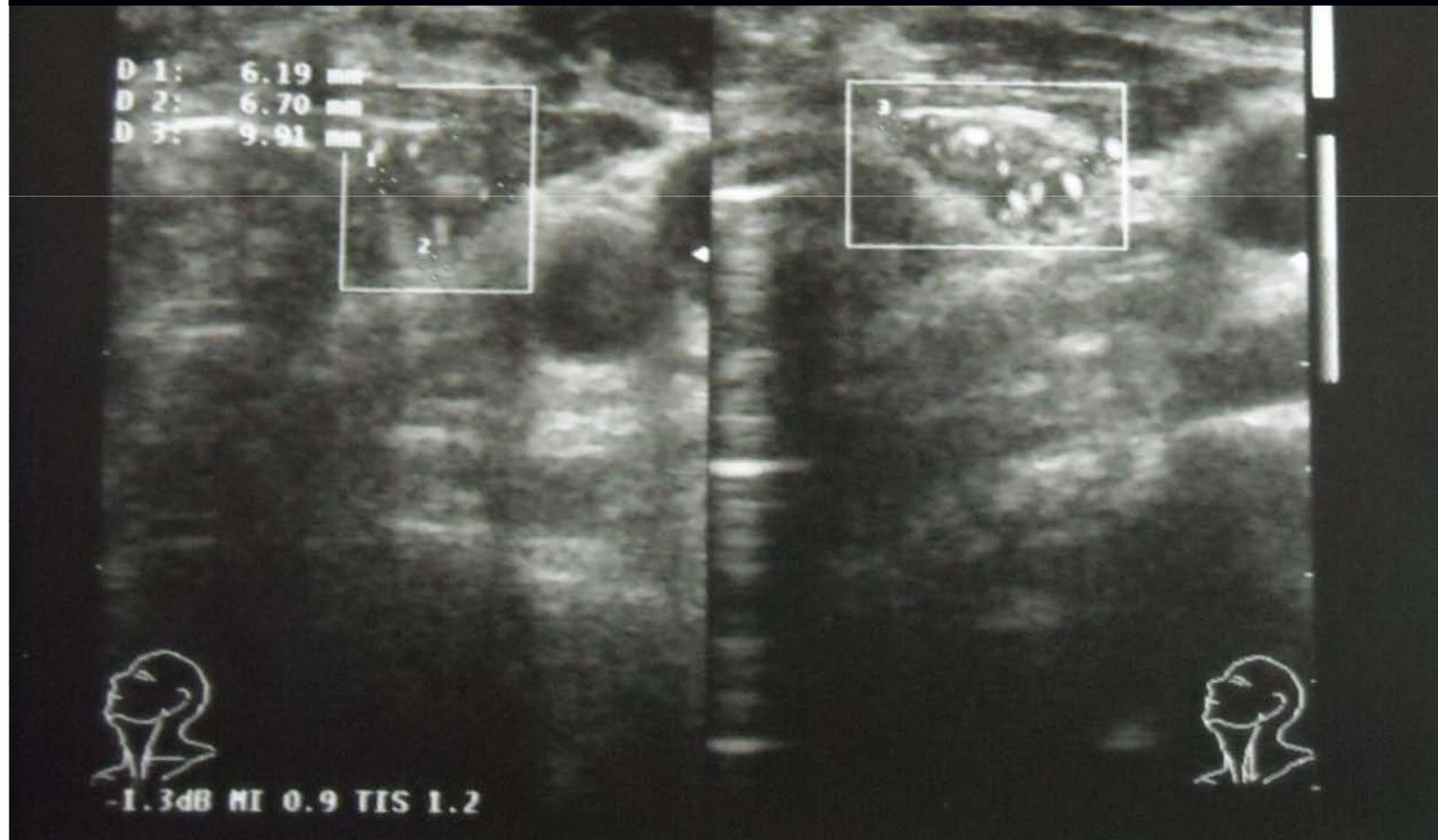


Con L-T4 125 mg/die:  
TSH <0.06, TG < 0.5, ab anti-TG  
81

Dicembre 2008



Loggia tiroidea sinistra



## Gennaio 2008: FNAC

### Descrizione macroscopica:

In emiloggia tiroidea sinistra immagine ipoecogena a margine irregolare con spots  
Vascolari interni di 6.4 x 6.4 x 9.9 mm

Tecniche utilizzate: May grunwald-giemsa

### Descrizione e diagnosi:

NUMEROSE CELLULE TIROIDEE DISPOSTE IN AGGREGATI SOLIDI  
E PAPILLE CON NUMEROSE INCISURE NUCLEARI E MODESTE  
DISMETRIE NUCLEARI. SONO PRESENTI ALCUNE CELLULE GIGANTI  
PLURINUCLEATE.  
IL REPERTO E' INDICATIVO DI CARCINOMA TIROIDEO PAPILLARE  
DELLA TIROIDE

**TG INTRALESIONALE : 518 ng/ml**

Si richiede PET-TC: modesta captazione in .oggia tiroidea sinistra. Non  
captazione patologica in altri distretti

La paziente è stata inviata a nuova revisione chirurgica locale

CHE FARE?

1. 2° RAI a scopo ablativo
2. Radioterapia esterna?
3. Altro?