

THIS YEAR IN...IPOFISI, TIROIDE, OSSO

Sabato 10 ottobre 2020 ore 10.00 in
diretta su:

www.game2020.online

Saluto del Presidente

10.00-10.40 **This year in...Ipofisi**

Coordinatore: Benedetta Zampetti
Moderatore: Laura Rizza
Relatori: Francesca Dassie, Anna Tortora

10.40-11.20 **This year in...Tiroide**

Coordinatore: Nicola Argese
Moderatore: Vincenzo Di Donna
Relatori: Alfonsina Chiefari, Marco Castellana

11.20-12.00 **This year in...Osso**

Coordinatore: Pina Lardo
Moderatore: Cecilia Motta
Relatori: Paola Senes, Antonio Salcuni

g•AME
gruppo giovani
associazione medici endocrinologi



This year in...Ipofisi

Coordinatore: Benedetta Zampetti

Moderatore: Laura Rizza

Relatori: Francesca Dassie, Anna Tortora

Dati dal Position Statement AME sull'acromegalia

- Dati epidemiologici aggiornati → rilievo di aumento dell'incidenza e della prevalenza; riduzione della mortalità
- Diagnosi effettuata mediante clinica, esami ormonali (IGF-1, uso appropriato OGTT) e strumentali
- Terapia mediante team multidisciplinare, obiettivo di limitare e prevenire complicanze e migliorare qualità della vita
- Linee guida su management gravidanza
- Suggerimenti sul monitoraggio post terapia: ormonale e strumentale; limitare l'uso della RM

Trattamento a lungo termine dei tumori ipofisari aggressivi

- Quali: adenoma aggressivo (recidiva precoce dopo chirurgia e/o crescita loco-regionale rapida nonostante trattamento) e carcinoma ipofisario (metastatico)
- Terapia multimodale e aggressiva
- Temozolomide: tollerabilità, terapia nel lungo termine, risposta precoce al trattamento
- Importanza di rivolgersi a team multidisciplinare esperto e centri di riferimento

Fattori predittivi del comportamento biologico dei prolattinomi

- ki 67, indice mitotico
- Dimensioni e invasività
- Espressione recettore estrogeni
- Sesso

Il ruolo della RM nei prolattinomi

- Limitare l'uso della RM nel follow up periodico
- Sì se la prolattina aumenta, se c'è cefalea, se ci sono disturbi del CV
- Sì a tre mesi dalla chirurgia e fino ad un anno dopo radioterapia
- Evitare in caso di gravidanza, allattamento, microprolattinomi con storia di lunga durata di terapia

Terapia e management dei prolattinomi

- Dopamino-agonisti → effetti su secrezione e dimensioni
- Chirurgia → casi selezionati
- Menopausa, gravidanza, allattamento
- Timing esatto della sospensione

This year in...Tiroide

Coordinatore: Nicola Argese

Moderatore: Vincenzo Di Donna

Relatori: Alfonsina Chiefari, Marco Castellana

1) Il teprotumumab, anticorpo anti-IGF1R è stato approvato negli Stati Uniti per il trattamento dell'orbitopatia endocrina moderato-grave attiva. Ha dimostrato negli studi una importante riduzione della proptosi, simile a quella ottenuta con la chirurgia. Nei pazienti con orbitopatia in fase attiva, ha mostrato migliori outcomes in termini di proptosi, CAS, diplopia e QoL rispetto al placebo.

2) Linee Guida dell'American Association of Endocrine Surgeons: suggerita la valutazione ecografica pre-operatoria dei compartimenti linfonodali centrale e laterale del collo in pazienti con citologia certa o indeterminata per carcinoma tiroideo.

- Lobectomia: nel PTMC unilobare a basso rischio all'ecografia, in lesioni unilobari con test molecolari a basso rischio e gozzo unilaterale
- Sorveglianza attiva: in pazienti con malattia stabile, linfonodi metastatici di piccole dimensioni o ricorrenti
- Tiroidectomia con accesso remoto: da eseguire con grande cautela e solo da chirurghi esperti

3) Linee guida ETA per la termoablazione dei noduli benigni:

- Nel nodulo dominante del gozzo multinodulare, se ben definito e paziente non candidato a chirurgia o iodio radioattivo, come

opzione terapeutica palliativa. In generale, migliore risposta nei noduli spongiformi e complessi rispetto ai noduli solidi compatti

- Nel nodulo cistico preferire ablazione con etanolo e considerare ablazione con radiofrequenze o laser se recidiva dopo alcolizzazione e residua componente solida che determina sintomi
- Nel nodulo autonomo, valutare in pazienti che rifiutano o non sono candidati a radioiodio e chirurgia; considerare in pazienti giovani con noduli di piccole dimensioni e soppressione non completa del parenchima circostante. Un trattamento combinato con laser o radiofrequenze e radioiodio può essere considerato in pazienti selezionati con noduli voluminosi, che determinano sintomi compressivi locali

4) Una singola sessione di ablazione del nodulo con radiofrequenza o laser riduce in modo significativo il volume del nodulo e questo risultato viene mantenuto a 5 anni nella maggior parte dei pazienti; la ricrescita è un evento comune ed è possibile la recidiva dei sintomi. Rispetto al laser, la radiofrequenza è associata ad una maggiore riduzione del volume del nodulo e tassi di ricrescita e ritrattamento inferiori

5) La tireoglobulina ad alta sensibilità durante terapia con levotiroxina presenta una performance diagnostica e prognostica significativa. In particolare, un paziente con carcinoma differenziato della tiroide e in terapia con levotiroxina con tireoglobulina ad alta sensibilità non quantificabile ha una probabilità di evidenza strutturale di malattia di 0,6% sia al momento della determinazione della Tg sia nel successivo follow-up. Pertanto, la Tg durante terapia con LT4 deve essere usata

come una strategia di esclusione basata sull'evidenza per individuare quei pazienti in cui frequenza e intensità dei controlli possono essere ridotte

6) I noduli iperfunzionanti sono un riscontro comune in pazienti eutiroidei; la presentazione ecografica più comune è di un nodulo solido o misto, iso o iperecogeno, senza aspetti di alto rischio. Le dimensioni sono in genere maggiori della soglia pattern-specifica per l'indicazione ad FNA, pertanto in assenza di scintigrafia tiroidea il rischio di consigliare un FNA è rilevante, e da questo potrebbe derivare un rischio non trascurabile di citologia indeterminata, con potenziale chirurgia non necessaria.

This year in...Osso

Coordinatore: Pina Lardo

Moderatore: Cecilia Motta

Relatori: Paola Senes, Antonio Salcuni

L'osteoporosi è una malattia sistemica dell'apparato scheletrico, caratterizzata da una bassa densità minerale e dal deterioramento della microarchitettura ossea con conseguente aumento del rischio di frattura.

Le fratture da fragilità hanno conseguenze rilevanti, sia in termini di mortalità che di morbidità con elevati costi sanitari e sociali.

Si distinguono forme primitive e secondarie, quest'ultime da escludere in presenza di segni e sintomi sospetti, BMD inferiore a quella attesa per l'età e nei casi di mancato miglioramento nonostante adeguato trattamento.

L'effetto sull'osso di farmaci, patologie concomitanti, stili di vita, modifiche del peso corporeo va considerato nell'inquadramento del paziente.

I fattori di rischio dove possibile devono essere corretti.

La stratificazione del rischio di frattura è indispensabile per indirizzare la scelta della terapia anti-osteoporotica.

Nei pazienti a maggior rischio di frattura è da preferire una terapia con farmaci anabolici. Il romosozumab costituisce una nuova opzione terapeutica per questa categoria di pazienti. Nei pazienti a minor rischio di frattura è possibile una terapia con farmaci anti-riassorbitivi.

L'osteoporosi richiede un trattamento a lungo termine che può comportare la necessità di modifiche terapeutiche.

Il passaggio da agenti anabolici ad agenti anti-riassorbitivi deve essere preferito. E' possibile il passaggio da bifosfonati ad agenti anabolici. Il passaggio da denosumab a teriparatide è invece associato a perdita di BMD all'anca.