

1° CORSO NAZIONALE DI AGGIORNAMENTO

Associazione Medici Endocrinologi

I PER[CORSI]AME



ROMA

9_11
NOVEMBRE
2012

scuola di
formazione
AME



scuola di
formazione
AME



ENDOCRINOLOGIA ONCOLOGICA (1)

L'endocrinologo e il
paziente oncologico

Moderatori

N. Cremonini, M. Terzolo

- **Caso clinico**
P. Zuppi
- **Quando
l'endocrinologo ha
bisogno dell'oncologo**
A. Scoppola
- **Quando l'oncologo
ha bisogno
dell'endocrinologo**
F. Angelini
- **Take-home messages**
N. Cremonini

scuola di
formazione
AME











You are here







ASSOCIAZIONE MEDICI ENDOCRINOLOGI

COMPLESSITA

CLINICI
REGALI
ELEGANTI
RELIGIOSI
GAINZ
CULTURALI
FAMILIARI
FETTERICI
PSICOLOGICI
ECONOMICI
VICINI

COMPLESSITA

CLINICI

U

A

LEGALI

E

F

ETICI

C

F

U

O

E

RELIGIOSI

M

T

ORGANIZZATIVI

T

SOCIALI

PSICOLOGICI

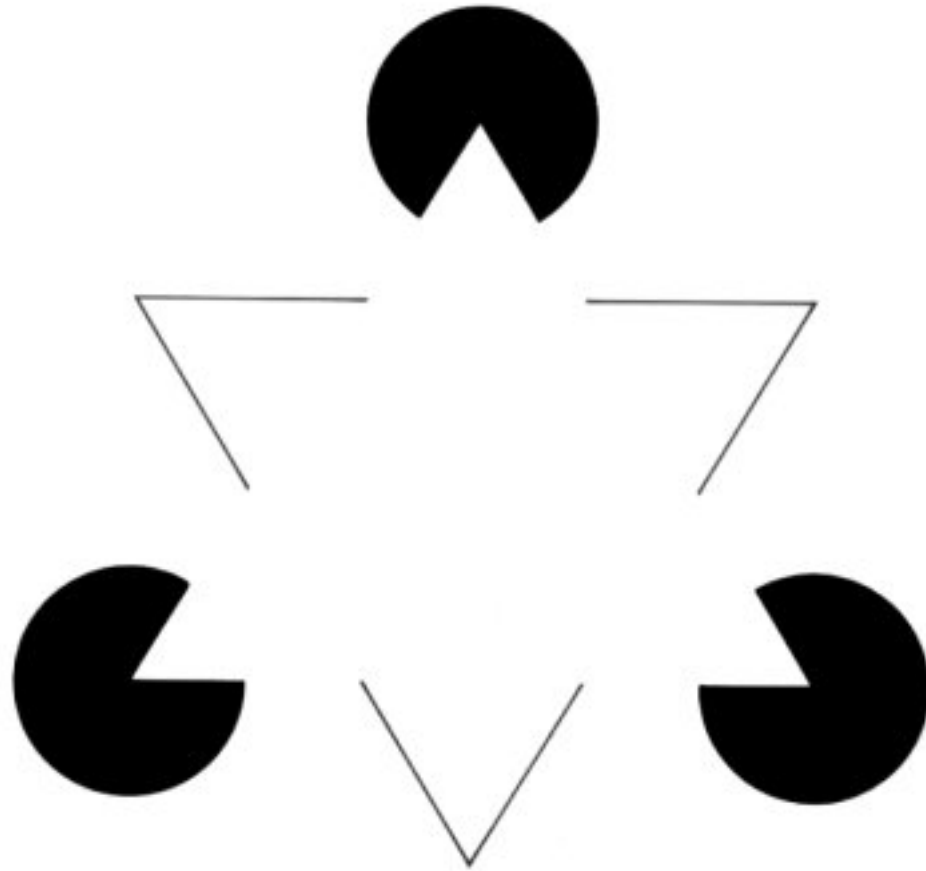
I

FAMILIARI

V

I





Fare: la tendenza a giudicare il non fare peggiore o meno morale del fare





OSTEO POROSI



**Augusta
anni 56, nubile**

**artrite
reumatoide
esordita
a 23 anni trattata
per lunghi
periodi con
steroidi**



**a 46 anni
quadrantectomia
superiore
sinistra per K
mammario**

**successive
chemio e radio
terapie**

**NOLVADEX per
5 anni (dai 46 ai 51)**

**controlli oncologici
successivi negativi**

MOC del 21-05-2012:

lombare T - 3.7

femorale T - 3.0





Domande ad Alessandro:

Chi trattare

importanza della storia e del quadro generale

Importanza degli esami strumentali e di laboratorio

Quali farmaci per il paziente neoplastico

Strategia e goal terapeutici



**effetti collaterali
endocrini
delle
target therapy**



Maria,
anni 63, 4 figli

21-10-2011 nefrectomia
sinistra, surrenectomia
sinistra

Istologico: ca renale a
cellule chiare,
infiltrante parenchima e
vena renale.
Surrene esente.

19-12-2011 TC torace:
formazioni nodulari
bilaterali,
verosimilmente
secondarie

Da marzo 2012 in
terapia con
SUNITINIB (sutent®)
TSH pre-terapia 2.2 μ U/ml





visita 13-08-2012:

FT3	3.0	1.8-4.5 pg/ml
FT4	0.8	0,8-1,5 ng/dl
TSH	22	0,3-3,5 μUI/ml

**paziente lamenta
intensa astenia**

**EUTIROX 25, 1 cp die
controllo dopo 45 giorni**



**terapia con inibitori di TK
nei tumori tiroidei**

Fare clic per inserire il titolo

- Fare clic per inserire testo

Antonio,

anni 67, 3 figli

**Ch. Tor. per riscontro di lesioni polmonari
multiple**

**07-04-2004 biopsia di una delle lesioni:
carcinoma papillifero tiroideo, Tg ++**

28-04-2004 ecografia tiroidea: nodulo ipoeecogeno di 9 mm del lobo destro, vascolarizzazione perinodulare

14-05-2004 tiroidectomia, istologico: focolaio di carcinoma tiroideo di 8 mm confinato alla tiroide

10-06-2004 150 mCi 5.5 GBq

Scinti post: area mediastinica, aree polmonari

27-01-2005 TG 15, AbTG <20

11-04-2005 150 mCi 5.5 GBq

**Scinti post: area mediastinica, diffusa
iperfissazione campi polmonari**

12-04-2006 TG 13 AbTG <20

26-06-2006 180 mCi 6.6 GBq

**Scinti post: area mediastinica superiore,
riduzione captazione lesioni polmonari**

Tc torace 18-01-2007: lesioni polmonari multiple, ridotte di numero e di volume

16-05-2007 TG < 0.2 AbTG <20

FDG-pet 03-06-2007 non aree di captazione

05-09-2007 150 mCi 5.5 GBq

**Scinti post: lieve riduzione captazione
mediastinica, invariata captazione
lesioni polmonari**

FDG- PET 26-01-2009: non lesioni

RMN 17-11-2011: non lesioni

Attuali valori di Tg: <0.2 , AbTG < 20

Inter nos:

nonostante ogni anno visitiamo circa 10.000 pz.

non ho un caso

migliore (per la didattica)

peggiore (per il paziente)

di carcinoma della tiroide.

Caso clinico 5

- Luca, 48 aa, 1 figlio di 4 aa
- Giunge al nostro Centro a Settembre 2010
- Storia clinica:
 - **Maggio 2010** Tiroidectomia totale + exeresi comparti linfonodali VI e VII, LC sin;
 - **Istologia: ca papillare a cellule alte 45 mm lobo sinistro, pT3, N1b**

Caso clinico 5

- **Settembre 2010:** Tg I-T4 ON: **610** ng/ml, AbTg Neg
US collo: negativa
Clinica e assetto ormonale: normale
funzione surrenalica
- **Ottobre 2010:** 131-I 150 mCi con rhTSH;
dopo stimolo Tg **1650** ng/ml, AbTg Neg
Scan post-terapia: due areole di captazione in
loggia tiroidea, da verosimili residui ghiandolari;
captazione a livello di alcuni linfonodi in sede
pericardica dx, ilo polmonare sin, e captazione in
sede polmonare basale sinistra

Caso clinico 5

- **Gennaio 2011**: Tg I-T4 ON: **520** ng/ml, AbTg Neg
US collo: negativa
TC torace multistrato: multipli micronoduli ad entrambe le basi polmonari; non adenomegalie in sede mediastinica
- **Maggio 2011**: ^{131}I 150 mCi con rhTSH;
Tg base **589** ng/ml, AbTg Neg
dopo stimolo Tg **922** ng/ml
Scan post-terapia: scomparsa la captazione in regione anteriore di collo; marcata riduzione di intensità di fissazione in sede polmonare bilaterale

Caso clinico 5

- **Settembre 2011:** Tg I-T4 ON: **600** ng/ml, AbTg Neg
TC torace multistrato: lieve aumento dimensionale
alcuni dei micronoduli polmonari a dx (diametro
max 4-5 mm)
- **Gennaio 2012:** PET-TC 124-I negativa
131-I 100 mCi rhTSH
Tg base **715** ng/ml, dopo rhTSH **1520**
Scan post-terapia: Negativa

Caso clinico 5

- **Giugno 2012:** Tg I-T4 ON: **820** ng/ml, AbTg Neg
 TC torace multistrato: minimo incremento dimensionale di alcuni dei micronoduli polmonari a sn

Le condizioni cliniche del paziente sono buone

Caso clinico 5



Domande per Francesco

- Quando iniziare la terapia con Sorafenib?



chemioterapie per i tumori endocrini



**Lucia, anni 33,
sposata, 2 figli**

**aprile 2002 dolore
spalla destra
ecografia addome:
lesioni epatiche
TAC addome:
lesioni epatiche,
lesione
surrenalica destra
di 6 cm.**

09/05/2002
surrectomia sx e
epatectomia quasi
totale con
asportazione parziale
del diaframma dx



carcinoma surrenalico
T4 n0 M1

02-09-2002
Tac controllo ripetizioni
locali, epatiche,
polmonari





