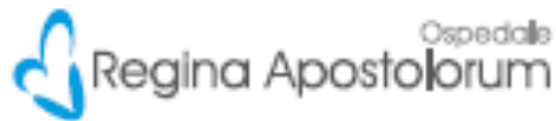




Bari,  
7-10 novembre 2013

# Gestione del Carcinoma Tiroideo in progressione Take Home Messages

Rinaldo Guglielmi  
UOC Endocrinologia





# Il problema



Bari,  
7-10 novembre 2013

- La maggior parte dei carcinomi tiroidei differenziati guarisce con il trattamento iniziale (chirurgia e  $^{131}\text{I}$ )
- Le recidive locali o linfonodali hanno frequenza non trascurabile e richiedono una gestione complessa, ma in genere hanno decorso favorevole
- Una percentuale piccola dei pazienti (<10%) presenta malattia recidiva persistente.
- La mancata eradicazione della neoplasia può essere legata alla inefficacia chirurgica e/o alla resistenza al  $^{131}\text{I}$  (dedifferenziazione)
- A fronte del netto aumento dell'incidenza della patologia, invariato il numero di pazienti deceduti per carcinoma tiroideo negli ultimi 30 anni



# Terapia Chirurgica 1



Bari,  
7-10 novembre 2013

- L'età, il sesso, la variante istologica, la radicalità chirurgica iniziale e la risposta alla terapia con  $^{131}\text{I}$  sono fattori influenzanti la comparsa e l'andamento delle recidive
- In caso di neoplasia localmente avanzata possono essere coinvolti tre distretti cervicali:
  - a) **comparto centrale** (muscoli, nervi trachea, esofago laringe)
  - b) **comparto laterale** (carotide, giugulare, SCM)
  - c) **mediastino** (trachea, esofago, sterno, grossi vasi)
- Finalità terapeutiche:
  - a) rimozione del tumore
  - b) preservazione delle strutture vitali
  - c) preservazione delle strutture non coinvolte
- Al momento non esiste un approccio standardizzato e ogni caso deve essere valutato singolarmente, previa valutazione multidisciplinare e recepimento della volontà del paziente



# Terapia Chirurgica 2



Bari,  
7-10 novembre 2013

- Lo svuotamento linfonodale LC, limitato, selettivo o radicale, va deciso sulla base delle caratteristiche della neoplasia
- In caso di malattia localmente avanzata è necessaria, in fase preoperatoria, l' esecuzione di eventuali bronscopie, esofagoscopie, TC/MRI/PET al fine di pianificare l' intervento, valutarne l' opportunità ed escludere ripetizioni a distanza
- Nel caso di coinvolgimento delle strutture vitali si va da interventi di minima ad interventi molto aggressivi ( resezione di muscoli, di nervo laringeo, di anelli tracheali, di segmenti di vasi o di esofago e laringectomie parziali e/o totali) con una seconda fase di ricostruzione per il recupero parziale delle funzioni
- Pur essendo tali trattamenti marcatamente demolitivi, in considerazione della prognosi e del rischio di esito infausto da insufficienza respiratoria (ostruzione e/o emorragia della neoplasia all' interno delle vie respiratorie), il trattamento chirurgico radicale è quello consigliabile



# Terapia radiometabolica 1



Bari,  
7-10 novembre 2013

- La terapia con  $^{131}\text{I}$  è un trattamento sicuro e condiviso in pazienti con:
  - a) linfonodi recidivi iodocaptanti ma non resecabili (non visualizzati - intervento rischioso - malattia a distanza per cui comunque terapia con  $^{131}\text{I}$  necessaria)
  - b) micrometastasi polmonari (risultati buoni se TC negativa)
  - c) secondarietà polmonari di grandi dimensioni o di altri tessuti se non o parzialmente asportabili
- Possibilità di eseguire terapia con rTSH in soggetti con comorbidity severe (aggravabili dall'ipotiroidismo) o per rischio di progressione neoplastica (compressione midollare o dolori ossei)



# Terapia radiometabolica 2



Bari,  
7-10 novembre 2013

- Dosi di almeno 70-80 Gy al tessuto neoplastico sono indispensabili per ottenere i migliori risultati
- La dose di  $^{131}\text{I}$  va dai 200 mCi per le metastasi polmonari ai 300 mCi per le metastasi ossee
- Rischio di tossicità acuta (GI e scialoadeniti) o cronica (gonadica, genetica, carcinogenesi)
- Rischio di seconda neoplasia lievemente aumentato



# Terapia radiometabolica 3



Bari,  
7-10 novembre 2013

- Il limite maggiore della terapia radiometabolica è rappresentato dalla resistenza al  $^{131}\text{I}$  secondaria alla perdita dell'espressione del NIS
- Nel caso di carcinoma in progressione e di resistenza allo  $^{131}\text{I}$ , i dati preliminari indicano nell'uso di analoghi marcati della SS (previa dimostrazione della loro captazione da parte della neoplasia) una efficacia almeno nella stabilizzazione della neoplasia in una buona percentuale di pazienti



# Indicazioni alla radioterapia esterna (terapia adiuvante)



Bari,  
7-10 novembre 2013

- Gestione dei grossi residui o delle recidive cervicali non resecabili e/o iodoresistenti
- Ripetizioni ossee dolorose
- Ripetizioni ossee in zone critiche a rischio frattura
- Ripetizioni neurologiche o ripetizioni causa di sintomi compressivi non suscettibili di trattamento chirurgico (metastasi vertebrali o del SNC, particolari ripetizioni linfonodali mediastinici o metastasi pelviche)





# Terapia Medica



Bari,  
7-10 novembre 2013

- E' dimostrata l'efficacia clinica degli inibitori TK in pazienti con carcinoma della tiroide avanzato, metastatico, inoperabile e non captante il radioiodio
- Essendo le terapie target citostatiche e non citotossiche, il trattamento va proseguito per tutta la vita.
- Limiti:
  - numerosi ed invalidanti effetti collaterali
  - riduzione della efficacia nel tempo
- E' verosimile che le cellule neoplastiche sopravvissute al farmaco siano in grado di sviluppare vie metaboliche compensatorie, tramite l'acquisizione di nuove mutazioni



# Le tecniche ablative percutanee



Bari,  
7-10 novembre 2013

- La PEI si è dimostrata efficace nel trattamento delle ripetizioni linfonodali cervicali
- La Laser terapia e la Radiofrequenza possono essere prese in considerazione per l'ablazione di ripetizioni cervicali, ossee e polmonari in pts a rischio chirurgico, non responsivi al  $^{131}\text{I}$  ed alla terapia medica



# Grazie per l'attenzione



Bari,  
7-10 novembre 2013

