



“I TUMORI DELLA TIROIDE”

Come Conoscerli e Come Guarire



Cara Amica (o),

ti è stato diagnosticato un tumore della tiroide e certamente senti la necessità di avere delle notizie il più possibile precise. Nelle righe che seguono cercheremo di darti un'informazione completa che possa esserti di guida nel corso dei prossimi mesi.

Il Carcinoma della tiroide è una malattia che deve essere gestita con attenzione, ma che nell'assoluta maggioranza dei casi, dopo essere stata correttamente diagnosticata e curata, non minaccia il benessere futuro, la capacità di lavoro né la normalità della vita.

Gli Specialisti e le Infermiere, che operano in modo integrato nel nostro Centro per la diagnosi e la cura delle malattie della tiroide, sono a tua disposizione per rispondere ai quesiti ed ai dubbi che non avranno trovato un'adeguata risposta in questa lettura. I Soci dell'ATTA saranno inoltre sempre disposti a scambiare con te le esperienze da loro vissute nella gestione della loro malattia.

INDICE

1. Cosa è il Carcinoma Tiroideo?
2. Ci sono vari tipi di Carcinoma Tiroideo?
3. Quale trattamento è disponibile?
4. Cosa è la stadiazione del tumore?
5. Come sostituire la funzione della tiroide che è stata rimossa?
6. Cosa è la terapia ablativa con Iodio Radioattivo?
7. Quali sono gli effetti indesiderati del trattamento con Iodio¹³¹?
8. Cosa si deve fare durante il ricovero e dopo il trattamento con Iodio¹³¹?
9. Quali controlli devono essere svolti nei prossimi anni?

1. Cosa è il Carcinoma Tiroideo?

Il carcinoma della tiroide è una **neoplasia a crescita molto lenta** derivata dalle cellule che compongono la ghiandola tiroide.

La sua causa non è ben conosciuta; tuttavia un **fattore di rischio** certo è rappresentato dalle **radiazioni**, come dimostrato dall'aumento della sua frequenza nella popolazione esposta ad irraggiamento del collo. La grande maggioranza dei carcinomi tiroidei **non è ereditaria** e non pone a rischio la salute dei figli.

2. Ci sono vari tipi di Carcinoma Tiroideo?

Il carcinoma tiroideo può essere distinto in diversi tipi sulla base del suo aspetto all'esame effettuato sul pezzo operatorio ("Tipo Istologico"). Ogni tipo istologico ha un diverso comportamento clinico e necessita pertanto di terapie diverse.

- ☉ ***Carcinoma Papillare***: è di gran lunga il più frequente (80-90% dei casi di neoplasia tiroidea), molto comune nel sesso femminile e nei soggetti di giovane età. La sua aggressività è moderata e i trattamenti disponibili (asportazione chirurgica seguita da terapia con iodio radioattivo) sono molto efficaci. Le cure assicurano un'altissima probabilità di guarigione definitiva o di controllo clinico della malattia, assicurando una sopravvivenza simile a quella della popolazione generale.
- ☉ ***Carcinoma Follicolare***: è meno frequente (5-10% dei casi), tende a colpire persone più anziane delle precedenti e viene talora diagnosticato in una fase più avanzata. Anche in questo caso la terapia è estremamente efficace, perché il tumore capta lo iodio radioattivo che è in grado di distruggerlo, e la sopravvivenza è buona.
- ☉ ***Carcinoma Midollare***: è molto meno frequente (5% dei casi) e ha talora carattere familiare ed ereditario. Per questo motivo (e solo per questo tipo di tumore) è opportuno eseguire un semplice esame genetico per escludere che anche i familiari siano a rischio di malattia. La completezza dell'asportazione chirurgica del tumore tiroideo e dei linfonodi del collo è importante ai fini della completa guarigione del tumore. Infatti, il carcinoma midollare non capta lo iodio radioattivo ed il trattamento medico-nucleare post-operatorio non consente di distruggere gli eventuali residui di malattia.
- ☉ ***Carcinomi Scarsamente Differenziati o Anaplastici***: sono fortunatamente molto rari e colpiscono in genere persone di età avanzata. La terapia in questi casi è meno efficace e il controllo della malattia dipende soprattutto dalla radicalità dell'operazione chirurgica iniziale.

3. Quale trattamento è disponibile?

La **Chirurgia** è la prima e più importante modalità di trattamento del carcinoma tiroideo. Di consueto viene rimossa tutta la ghiandola tiroide (operazione chiamata "Tiroidectomia totale"), talora insieme ai linfonodi della regione centrale del collo (operazione chiamata "Linfoadenectomia del compartimento centrale"). Solo in presenza di metastasi evidenti all'esame clinico, ecografico o

intraoperatorio si estende la rimozione anche ai linfonodi delle regioni laterali del collo (“Linfoadenectomia laterocervicale”).

Se il carcinoma è stato scoperto solo dopo un intervento di tiroidectomia parziale (chiamata “Lobectomia”), eseguito per una patologia tiroidea inizialmente ritenuta benigna, dovrà essere valutato il rischio che esso rappresenta per voi e verrà deciso insieme se è opportuno effettuare un nuovo intervento per completare l’asportazione di tutto il tessuto tiroideo residuo.

Talora l’intervento chirurgico è seguito da un abbassamento della voce o da un leggero cambio nel suo timbro abituale. Nella grande maggioranza dei casi si tratta di un fenomeno passeggero, causato dal trauma operatorio, e si risolve nel corso di alcuni giorni o settimane. Nei rari casi in cui la raucedine è persistente, essa è dovuta ad un danno dei nervi che controllano le corde vocali (chiamati “nervi ricorrenti”). Un’accurata valutazione dello specialista otorinolaringoiatra ed un ciclo di semplici esercizi saranno in grado di ripristinare quasi completamente la situazione precedente all’intervento.

4. Cosa è la stadiazione del tumore?

Dopo l’intervento chirurgico gli anatomo-patologi esaminano accuratamente tutta la tiroide e i linfonodi del collo che sono stati rimossi. L’estensione della neoplasia viene espressa sul referto definitivo attraverso un punteggio progressivo (“Stadiazione TNM”) in cui:

- la lettera “**T**” definisce le dimensioni e l’estensione locale del tumore tiroideo, con un punteggio crescente (dal più piccolo al più grande) compreso fra 1 e 4;
- la lettera “**N**” indica la presenza di malattia nei linfonodi del collo e varia fra 0 (metastasi linfonodali assenti) e 1 (metastasi presenti);
- la lettera “**M**” indica le possibili metastasi in altre parti del corpo e varia fra 0 (metastasi a distanza assenti) e 1 (metastasi presenti).

L’estensione della chirurgia, la necessità di un eventuale reintervento e l’entità della terapia successiva all’operazione vengono decise sulla base del tipo istologico e della stadiazione del tumore.

5. Come sostituire la funzione della tiroide che è stata rimossa?

Dopo la tiroidectomia totale è necessario assumere per tutta la vita le **compresse** contenenti l’ormone tiroideo (T4), che non è più prodotto nell’organismo. **Controlli regolari** degli ormoni tiroidei nel sangue (da eseguire ogni 6-12 mesi, una volta raggiunto l’equilibrio) consentono di regolare perfettamente la dose del farmaco necessaria a condurre una vita normale ed in pieno benessere.

A volte insieme alla tiroide vengono rimosse anche le ghiandole paratiroidi, costituite da quattro o più delicate ghiandole endocrine collocate sulla superficie posteriore della tiroide. Le paratiroidi regolano il livello del calcio nel sangue attraverso la produzione di ormone paratiroideo. La loro rimozione è seguita dal brusco calo della calcemia (chiamato “**Ipoparatiroidismo**”) e dalla

comparsa di formicolii delle mani e dei piedi, alterazioni della sensibilità, contratture e - nei casi più gravi - spasmi muscolari.

L'assunzione regolare di compresse di calcio e vitamina D controlla efficacemente questo problema, ma è necessario il controllo periodico del calcio nel sangue ed un grande scrupolo nell'assunzione dei farmaci. Questo è molto importante, perchè spesso i livelli di calcemia tendono a risalire spontaneamente nei mesi successivi all'intervento ed il fabbisogno dei farmaci si riduce.

In ogni caso, la comparsa dei sintomi prima citati (formicolii e contratture) oppure l'insorgenza della necessità di urinare spesso associata a nausea e dolori addominali devono indurre ad eseguire rapidamente una visita medica ed il controllo degli ormoni tiroidei e della calcemia.

6. Cosa è la terapia ablativa con Iodio Radioattivo?

La maggior parte delle persone sottoposte a tiroidectomia totale per carcinoma tiroideo ha l'indicazione ad eseguire la terapia con iodio radioattivo (definita "Terapia Ablativa").

La terapia con iodio radioattivo non causa dolore, malessere nè perdita dei capelli (come accade con altri tipi di trattamento antitumorale). Consiste semplicemente nell'assunzione - da effettuare in genere una sola volta - di una o due capsule contenenti il radioisotopo (Iodio¹³¹), che andrà a concentrarsi nei residui di tessuto tiroideo ancora presenti nell'organismo dopo l'operazione.

Poiché lo Iodio¹³¹ emette radiazioni che hanno un raggio di azione limitato a pochi millimetri, la dose di radiazioni somministrata all'organismo è relativamente piccola ed è specificamente concentrata nel tessuto tiroideo, sia normale che tumorale. La terapia con Iodio¹³¹ è quindi in grado di individuare e distruggere efficacemente le cellule tiroidee sfuggite all'intervento senza recare danni importanti al resto dell'organismo.

Un eccessivo contenuto di iodio nell'organismo potrebbe "diluire" l'effetto della somministrazione di Iodio¹³¹. Per questo motivo verrà consigliata una breve lista di **alimenti, cosmetici e farmaci da evitare nel periodo precedente** il trattamento.

7. Quali sono gli effetti indesiderati del trattamento con Iodio¹³¹ ?

La terapia con Iodio¹³¹ **non causa disturbi significativi** nella maggior parte dei casi. Alcune persone possono avvertire transitori fastidi, come senso di costrizione del collo, sensazione di calore o lieve malessere, che si risolvono nel corso di 24-48 ore. Nei giorni che seguono il trattamento si può indebolire il senso del gusto e può comparire una sensazione di bocca asciutta. Anche questi disturbi sono in genere transitori e scompaiono nel corso di alcune settimane o mesi.

Prima del trattamento con Iodio¹³¹ **la terapia sostitutiva con ormone tiroideo deve essere sospesa per alcune settimane**. La sospensione dell'ormone tiroideo causa un leggero senso di malessere, debolezza, torpore ed a volte impaccio e dolori muscolari. Tutti questi sintomi scompaiono completamente nel corso di alcune settimane dopo la ripresa della terapia sostitutiva con T4.

Il trattamento con I^{131} espone ad una dose di radiazioni così limitata che il **rischio** di indurre una **nuova neoplasia** nel futuro è praticamente **assente**, a meno che non si debba ricorrere a dosi molto alte e ripetute per tumori particolarmente estesi o aggressivi.

Il trattamento con I^{131} non deve essere eseguito in corso di **gravidanza** e l'**allattamento** deve essere interrotto. Prima della cura è necessario documentare l'assenza di concepimento eseguendo un test di gravidanza e prevenire attentamente una possibile gravidanza (sia per il sesso maschile che femminile) nei sei – dodici mesi successivi alla terapia con I^{131} .

Trascorso tale periodo di tempo, è possibile intraprendere il concepimento senza alcun rischio per il nascituro. Il trattamento con I^{131} non induce riduzione permanente della **fertilità** e lo svolgimento della gravidanza dopo questo periodo di attesa è assolutamente normale.

8. Cosa si deve fare durante il ricovero e dopo il trattamento con Iodio¹³¹ ?

Per proteggere le altre persone (particolarmente i bambini e le donne in gravidanza) dalle radiazioni che vengono temporaneamente emesse dal vostro corpo, devono essere poste in atto alcune semplici **precauzioni**. Vi verranno fornite delle informazioni precise, sia nel corso di un colloquio che per mezzo di documenti scritti, riguardanti questo e gli altri aspetti del vostro trattamento.

Dopo che il Medico Nucleare vi avrà fatto assumere le capsule di Iodio¹³¹, dovrete rimanere per qualche tempo in un ambiente con le pareti schermate alle radiazioni. Non temete comunque di essere abbandonati, perché potrete comunicare mediante videocitofono con il personale della Medicina Nucleare che, se necessario, potrà in qualunque momento raggiungervi nella vostra stanza.

Poiché la radioattività viene eliminata dal vostro organismo con le urine, la saliva ed il sudore, è importante che siate molto attenti a non contaminare con queste secrezioni l'ambiente in cui vi trovate né, a maggior ragione, le altre persone.

Quando il vostro organismo avrà eliminato una quantità sufficiente di Iodio¹³¹, sarete dimessi e potrete ritornare alla vostra abitazione. È importante che nei primi giorni non stiate a stretto contatto con le altre persone (in particolare con bambini e donne in gravidanza) e che facciate attenzione a non contaminare con le urine la casa in cui vivete.

9. Quali controlli devono essere svolti nei prossimi anni?

L'assoluta maggioranza dei carcinomi tiroidei è curabile e guarisce completamente. Tuttavia, non può essere esclusa la possibilità di una recidiva (a sua volta curabile e guaribile), perchè il rischio di ricomparsa della malattia diminuisce con gli anni ma non scompare mai del tutto. È quindi necessario eseguire per tutta la vita un controllo specialistico regolare, una o due volte l'anno.

Gli accertamenti da eseguire sono estremamente semplici: l'Ecografia della tiroide, il dosaggio nel sangue degli ormoni tiroidei, del TSH, della tireoglobulina e del suo anticorpo (al posto della tireoglobulina nel caso del carcinoma midollare bisogna dosare la Calcitonina). Solo in casi

particolari è necessaria la ripetizione della Scintigrafia Corporea con Iodio¹³¹ dopo sospensione della terapia sostitutiva con T4 o dopo iniezione di TSH ricombinante.

In conclusione, i controlli diagnostici ed il monitoraggio della terapia sostitutiva influiranno in modo minimo sulla qualità della vostra vita, sul rapporto con i vostri cari e sulla vostra attività lavorativa.

Ricordatevi che il carcinoma tiroideo è uno dei tumori più curabili e che la vostra collaborazione è fondamentale per raggiungere questo obiettivo.

Per ulteriori informazioni consultate sul web:

American Thyroid Association: www.thyroid.org

British Thyroid Association: www.british-thyroid-association.org

Thyroid Cancer Survivors Association: www.thyca.org

AIMAC: http://www.aimac.it/informazioni/dst/visualizza.php?id_articolo=5655

Medline (information for patients): www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001213.htm

The Hormone Foundation: <http://www.hormone.org/learn/thyroid.html>

Oppure scrivete una e-mail al seguente indirizzo:

ATTA Lazio (Associazione Pazienti con Tumore della Tiroide e Associati del Lazio):
attalazio@fastwebnet.it

A cura di

**Dipartimento Malattie Endocrine,
Metaboliche e Digestive
Direttore: Enrico Papini
Ospedale Regina Apostolorum
Albano Laziale**

**Cattedra di Endocrinologia
Università La Sapienza, II Facoltà
Direttore: Vincenzo Toscano
Policlinico Sant'Andrea
Roma**