



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

Informazione per pazienti

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per tumore alla tiroide

Questo opuscolo è stato realizzato per fornire alcune utili informazioni sul percorso seguito dalle persone in cura per un tumore alla tiroide.

Le informazioni contenute in questo opuscolo non intendono sostituire il colloquio diretto con i professionisti sanitari, anzi, possono costituire un utile spunto per domande e richieste.

Cos'è un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Il trattamento di un problema di salute richiede spesso il contributo di più professionisti che collaborano tra loro secondo modi, tempi e procedure ben definiti per la diagnosi, la cura e in generale, l'assistenza al paziente. Dalla diagnosi, alla terapia, attraverso tutte le fasi dell'assistenza si snoda quindi un vero e proprio percorso che il paziente segue insieme ai professionisti che si occupano del suo caso e che viene chiamato appunto Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Nei PDTA il paziente è posto al centro ed è l'ospedale che si organizza per garantire a tutti omogeneità ed equità di trattamento, dal momento della diagnosi fino alla continuità con i servizi sanitari domiciliari.

Ogni PDTA è definito nei dettagli, tenendo conto delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie disponibili, dai professionisti (*medici, infermieri, tecnici ecc.*) che nelle varie fasi si occupano del paziente.

Il nostro ospedale ha definito PDTA specifici per le malattie oncologiche che garantiscono al paziente la presa in carico da parte dello specialista che lo seguirà dal momento della diagnosi fino al trattamento e ai controlli successivi.

I diversi professionisti coinvolti nei PDTA si riuniscono con regolarità (*con frequenza settimanale o quindicinale*) per discutere insieme i casi dei diversi pazienti e prendere le migliori decisioni per la cura e l'assistenza dei pazienti stessi.

Il tumore della tiroide

La tiroide è una ghiandola situata alla base del collo, davanti alla trachea. La forma è spesso assimilata a quella di una farfalla, con due parti laterali chiamate "lobi" unite da una ristretta striscia di tessuto chiamata "istmo". La tiroide produce ormoni chiamati tiroxina (T4) e triiodotironina (T3).

Il buon funzionamento della tiroide è necessario per la crescita e il mantenimento di una normale condizione fisica e intellettuale.

In Europa, ogni anno, ogni 100.000 donne, dalle 15 alle 20 si ammalano di tumore della tiroide, mentre ogni 100.000 uomini se ne ammalano da 5 a 10. Ciò significa che nella Provincia di Reggio Emilia ci aspettiamo circa 100-150 nuovi casi di questa malattia ogni anno.

Il numero dei pazienti con tumore della tiroide è in aumento, e questo è da attribuire in buona parte alla crescente sorveglianza sanitaria. Molti di questi tumori infatti sono di piccole dimensioni e poco aggressivi, e vengono scoperti per caso mentre si eseguono indagini per altre ragioni, cosa che in passato non succedeva.

Per questo tipo di tumore esistono oggi cure molto efficaci.

L'andamento della malattia dipende:

- dallo stadio al quale il tumore viene riconosciuto,
- dalla invasività locale,
- dalle dimensioni del tumore,
- dalla presenza di metastasi a distanza,
- dall'età al momento della diagnosi (*la sopravvivenza è più alta tra i pazienti più giovani*),
- dal sesso (*la sopravvivenza è più alta nelle donne*).

Per i pazienti con un tumore della tiroide è stato messo a punto un percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale (PDTA) che ha lo scopo di prendere in carico il paziente dal momento della diagnosi fino all'intervento chirurgico, e anche successivamente per ulteriori terapie e controlli. Questo percorso, che prevede il

coinvolgimento di diversi professionisti, raccoglie le competenze di reparti specialistici come Anatomia Patologica, Chirurgia Toracica, Endocrinologia, Medicina Nucleare, Otorinolaringoiatria e vede, inoltre, la collaborazione di Biologia Molecolare, Laboratorio, Oncologia, Radiologia e Radioterapia.

Diagnosi, classificazione e trattamento del nodulo tiroideo

Quasi sempre la diagnosi del tumore della tiroide nasce dalla scoperta di un nodulo della tiroide. La scoperta di un nodulo può avvenire o perché il nodulo è palpabile con le dita, oppure perché è visibile un gonfiore alla base del collo, oppure, come accennato sopra, il nodulo può essere scoperto casualmente durante indagini fatte per altre ragioni. L'esame per lo studio dettagliato del nodulo è l'ecografia della tiroide. Questo esame permette di valutare il numero la sede e le caratteristiche del nodulo o dei noduli.

Quando l'ecografia mostra un nodulo di una certa dimensione o di natura sospetta, può essere necessario sottoporsi ad un **agoaspirato** del nodulo. Questo esame viene di solito eseguito dal medico endocrinologo e consiste nell'aspirare piccole quantità di cellule dal nodulo tramite un ago sottile. Questo esame consente di determinare la natura del nodulo stesso. Infatti, le cellule prelevate (*il cosiddetto "reperto citologico"*) vengono analizzate al microscopio, con l'intento di distinguere i noduli maligni da quelli benigni. Questa metodica ha dei limiti, che derivano principalmente dal fatto che con l'agoaspirato si prelevano solo gruppi di cellule (*viene fatto cioè un esame citologico*), e non pezzi di nodulo (come si fa con l'esame istologico). Per questa ragione, l'esito dell'agoaspirato non sempre è chiaramente classificabile come "benigno" o "maligno". Esistono diverse classificazioni della citologia tiroidea: presso l'Arcispedale S. Maria Nuova – IRCCS è stata adottata la classificazione SIAPEC (*Società Italiana di Anatomia Patologica e Citopatologia Diagnostica*). Questa classificazione suddivide i reperti citologici in 5 classi (*da Tir 1 a Tir 5*). Ognuna di queste classi ha un significato e da ognuna di esse derivano differenti possibilità di trattamento.

Viene qui descritto in sintesi il modo di procedere relativo ad ognuna delle 5 classi citologiche.

Classe citologica Tir 1: i noduli di questa classe sono “**non diagnostici**”. Questo significa che l’agoaspirato ha fornito materiale troppo scarso o comunque non idoneo per permettere una diagnosi. Tecnicamente, è come se l’esame non fosse stato fatto.

Cosa si fa: nella nostra esperienza è raro che un nodulo Tir 1 sia in realtà maligno, ma in molti casi l’esame andrà ripetuto a distanza di 2-3 mesi.

Classe citologica Tir 2: i noduli di questa classe sono “**benigni**” (o “**iperplastici**”).

Cosa si fa: se il funzionamento della tiroide è normale, non è necessaria terapia e nella maggior parte dei casi si imposta un semplice programma di sorveglianza nel tempo (*ad esempio con ecografia ogni 2 anni*). Se invece il nodulo causa dei problemi nel funzionamento della tiroide, potrebbe essere necessario assumere dei farmaci. Se i noduli sono o diventano di dimensioni voluminose, allora potrebbe essere consigliabile rimuovere il nodulo con un intervento chirurgico. Solitamente, dopo l’inquadramento iniziale i noduli vengono seguiti nel tempo dal Medico di Medicina Generale (*Medico di famiglia*) che si può avvalere della collaborazione dello specialista, quando necessario.

Classe citologica Tir 3: i noduli di questa classe risultano “**indeterminati**”, cioè l’esame non è stato in grado di classificare il nodulo come benigno o come maligno. Complessivamente, in circa 8 casi su 10 (80%) i noduli Tir 3 risultano benigni, mentre circa 2 su 10 (20%) sono maligni.

Al momento attuale, non sono disponibili ulteriori accertamenti in grado di determinare con certezza se un nodulo Tir 3 è realmente

benigno. Inoltre, nei casi di noduli Tir 3, la ripetizione dell'agoaspirato risulta di scarsa utilità ai fini di una decisione pratica e non è, quindi, consigliata.

Cosa si fa: dal momento che c'è un alto rischio (20%, appunto) di essere in presenza di un nodulo maligno, nella maggior parte dei casi il medico suggerirà l'intervento chirurgico.

Se il nodulo (o i noduli) sono presenti in un solo lobo della tiroide, l'intervento consisterà solitamente nella asportazione del solo lobo interessato, cioè di circa metà tiroide (*lobectomia tiroidea*).

Sul nodulo asportato verrà fatto l'esame istologico, il cui esito è disponibile dopo circa 20 giorni. Se l'esame istologico dimostrerà che il nodulo era maligno, in molti casi sarà necessario ripetere l'intervento chirurgico (circa 1 mese dopo il primo intervento) per asportare anche il lobo rimasto.

Quando un nodulo Tir 3 di un lobo è associato ad altri noduli presenti nell'altro lobo, allora solitamente il chirurgo asporterà tutta la tiroide (*tiroidectomia totale*).

In una minoranza di casi, ai pazienti con nodulo Tir 3 potrebbe essere proposto di non sottoporsi all'intervento chirurgico, ma di iniziare un percorso di sorveglianza che consiste in esami del sangue, visite, ecografie, ed eventualmente della ripetizione dell'agoaspirato a distanza di tempo.

Questa scelta può dipendere dalla valutazione di diversi aspetti (*età del paziente, condizioni cliniche generali, presenza di altre malattie, aspetto del nodulo in base all'ecografia e/o alla scintigrafia, analisi dettagliata del reperto citologico, funzionalità della tiroide ecc.*).

In alcuni casi, infatti, l'intervento chirurgico potrebbe comportare per il paziente maggiori rischi rispetto a mantenere il nodulo in sede, sottoposto a programma di sorveglianza.

Come ogni altra decisione, anche quella di procedere con il programma di sorveglianza viene sempre assunta di comune accordo col paziente.

Classe citologica Tir 4: i noduli di questa classe sono **“sospetti”**.

Cosa si fa: più del 95% dei noduli Tir 4 risulta maligno, e viene operato. In questi casi l'intervento chirurgico prevede per prima cosa l'asportazione del lobo contenente il nodulo sospetto.

Durante l'intervento chirurgico viene fatto di solito un esame istologico rapido (*istologico intraoperatorio*).

Se, come avviene nella maggioranza dei casi, questo esame istologico conferma la malignità del nodulo, allora durante lo stesso intervento viene asportata anche la parte restante della tiroide. In caso contrario, l'intervento si chiude con l'asportazione del solo lobo nel quale si trova il nodulo. In ogni caso verrà fatto l'esame istologico definitivo, il cui risultato sarà disponibile dopo 20 giorni.

Se l'esame istologico definitivo dimostrerà che il nodulo era maligno, in molti casi sarà necessario ripetere l'intervento chirurgico (*circa 1 mese dopo il primo intervento*) per asportare anche il lobo rimasto.

Classe citologica Tir 5: i noduli di questa classe sono **“maligni”**.

Cosa si fa: in questi casi, viene programmato un intervento chirurgico che consisterà nell'asportazione totale della tiroide (*tiroidectomia totale*).

A volte, all'asportazione della tiroide viene associata l'asportazione dei linfonodi del collo (**svuotamento linfatico**). Questo è dovuto al fatto che a volte il tumore tiroideo si può estendere a questi linfonodi. In questi caso si parla di “metastasi linfatiche” e devono essere asportate. I linfonodi della parte centrale del collo possono essere asportati assieme alla tiroide (*svuotamento linfatico centrale*) anche se non c'è certezza della presenza di metastasi.

L'intervento è solo lievemente più invasivo della tiroidectomia semplice.

I linfonodi delle parti laterali del collo, invece, vengono asportati solo se c'è un forte sospetto di metastasi linfatica. Questo intervento (*svuotamento linfatico laterale*) comporta una maggiore invasività

rispetto alla sola asportazione della tiroide (*cicatrice chirurgica più ampia, più lunga durata dell'intervento, maggiore rischio di complicanze*).

Spesso, dopo l'intervento chirurgico verrà proposta la cosiddetta **terapia radiometabolica**. Questa terapia viene fatta nel reparto di Medicina Nucleare, durante 3 giorni di ricovero nel settore dedicato alla Terapia Radiometabolica e prevede l'uso di Iodio radioattivo (*Iodio-131 o 131I*).

Prima e dopo la terapia vengono fatti alcuni esami di controllo ed in particolare la scintigrafia.

Dopo l'intervento chirurgico e/o dopo la Terapia Radiometabolica il paziente ritorna in carico al medico endocrinologo che stabilirà insieme a lui il miglior modo di procedere nelle cure.

Come si è visto, il percorso di cura e le scelte terapeutiche dipendono da molti fattori. È importante, però, sapere che **il paziente ha sempre la possibilità di valutare alternative rispetto al percorso che gli viene proposto**. Il colloquio medico-paziente, infatti, ha anche lo scopo di arrivare ad una decisione pratica che sia accettata da entrambe le parti, condizione necessaria per affrontare serenamente la situazione.

Dopo le cure: il follow-up

Alla fine del periodo di cura inizia una fase di controlli regolari (*il cosiddetto follow-up*).

Questo consiste in: esami del sangue, ecografie del collo ed eventualmente altri esami eseguiti periodicamente.

Di solito, per i primi anni dopo l'intervento il follow-up viene eseguito presso il Day Hospital dell'Endocrinologia.

Per gli anni successivi il paziente può fare nuovamente riferimento al proprio Medico di Medicina Generale (*medico di famiglia*), il quale potrà appoggiarsi ai vari ambulatori di endocrinologia sia ospedalieri sia del territorio. Inoltre, è sempre possibile essere nuovamente seguiti dal Day Hospital dell'Endocrinologia, in caso di necessità.

Partecipazione a studi clinici

Durante il percorso di cura potrà essere proposto ai pazienti di partecipare a uno studio clinico. Gli studi clinici costituiscono l'unico modo affidabile per verificare se un nuovo trattamento (*chirurgia, chemioterapia, radioterapia ecc.*) è più efficace di quelli al momento disponibili.

Per partecipare ad uno studio clinico è necessario possedere certe caratteristiche che cambiano a seconda dello studio.

Se il paziente ha le caratteristiche per partecipare ad uno studio clinico, il medico gli fornisce tutte le spiegazioni necessarie per metterlo in condizione di scegliere in modo consapevole se aderire o meno alla sperimentazione.

La partecipazione agli studi clinici può modificare l'andamento del percorso di cura e del follow-up, rispetto a chi fa il trattamento convenzionale.

Infatti chi partecipa ad uno studio clinico è sottoposto ad un maggior numero di controlli. In ogni caso, il medico endocrinologo darà al paziente indicazioni precise al riguardo.

Testi e contenuti a cura di:

Michele Zini, *Endocrinologo, Unità Operativa di Endocrinologia*

Carlotta Pellegrini, *Ufficio OEI, Direzione Medica Ospedaliera*

Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di RE

*con la collaborazione della **Sig.ra Luana Borghi***

Revisione linguistica e testuale:

Biblioteca Medica, Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di RE

Realizzazione grafica:

Ufficio Comunicazione, Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di RE



Ultima revisione: gennaio 2019