

VOLUME 29

NUMERO 6

AGOSTO 2009

OCCULT THYROID CARCINOMA

CARCINOMA TIROIDEO OCCULTO

J. Boucek¹, J. Kastner¹, J. Skrivan¹, E. Grosso², B. Gibelli², G. Giugliano², J. Betka¹

¹First Faculty of Medicine, Department of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery, University Hospital Motol, Charles University in Prague, , Prague, Czech Republic; ²European Institute of Oncology, Division of Head and Neck Surgery, Milan, Italy

RIASSUNTO

Alcune definizioni mediche restano invariate nel tempo, mentre altre si modificano seguendo i progressi che consentono in campo diagnostico di definire markers e sintomi fin a quel momento non valutabili. Il carcinoma occulto della tiroide è un termine generico che indica differenti situazioni cliniche, mentre il microcarcinoma papillifero della tiroide diagnosticato incidentalmente resta l'entità clinica maggiormente significativa. È fondamentale ai fini della programmazione terapeutica la possibilità di identificare dei parametri biologici in grado di differenziare i microcarcinomi papilliferi sulla base della loro aggressività. In questa review sono stati rivisti i markers genetici e molecolari del microcarcinoma papillifero della tiroide più significativi ai fini di una loro possibile stratificazione. La valutazione pre-operatoria di questi markers, ottenuti attraverso l'analisi di agobiopsie ecoguidate di microcarcinomi papilliferi, potrebbe essere utile per la pianificazione terapeutica di questo tipo di carcinoma.

99TC NANOCOLLOID SENTINEL NODE PROCEDURE IN PAPILLARY THYROID CARCINOMA: OUR MONO-INSTITUTIONAL EXPERIENCE ON A LARGE SERIES OF PATIENTS

LA TECNICA DEL LINFONODO SENTINELLA CON 99TC-NANOCOLLOIDE NEL CARCINOMA PAPILLARE DELLA TIROIDE: LA NOSTRA ESPERIENZA MONOISTITUZIONALE

M.R. Pelizzo, A. Toniato, N. Sorgato, A. Losi, F. Torresan, I. Merante Boschini

Surgical Pathology, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Padua, Padua, Italy

RIASSUNTO

Il linfonodo sentinella è stato definito come il primo linfonodo che riceve il drenaggio linfatico dal tumore primitivo. Gli obiettivi di questo studio sono stati indagare l'efficacia della procedura mediante linfoscintigrafia preoperatoria con radio colloide e sonda gamma manuale intraoperatoria per la ricerca del linfonodo sentinella nel carcinoma papillare della tiroide e valutare i risultati nella stadiazione clinica. Novantanove pazienti consecutivi affetti da carcinoma papillare della tiroide sono stati arruolati in questo studio. I pazienti sono stati sottoposti a linfoscintigrafia con radio colloide prima dell'intervento chirurgico. La localizzazione intraoperatoria del linfonodo sentinella è stata realizzata utilizzando una sonda gamma manuale. I pazienti sono stati seguiti nel follow-up a 2, 6 mesi e in seguito annualmente. Il linfonodo sentinella è stato individuato in 98/99 casi (99%) mediante linfoscintigrafia e in tutti i casi mediante la sonda manuale intraoperatoria. Metastasi linfonodali del linfonodo sentinella sono state individuate nel 49% dei casi. Settantanove pazienti sono stati sottoposti a terapia ablativa con ¹³¹I. Il valore mediano della tireoglobulina nei pazienti N0 vs N1 è risultato pari a 1 ng/ml vs 1,9 ng/ml (p=0,003) e 0,2 ng/ml vs 1 ng/ml (p=0,001) rispettivamente prima e dopo la terapia con ¹³¹I. La ricerca del linfonodo sentinella mediante linfoscintigrafia preoperatoria e gamma camera intraoperatoria offrono significativi vantaggi rispetto alla tecnica con il colorante vitale, descritta nella nostra precedente esperienza. La percentuale di metastasi linfonodali pari a 49% è molto alta considerando che nessun paziente presentava linfonodi sospetti né clinicamente né alla ecografia preoperatoria. La scintigrafia total body con ¹³¹I e i dosaggi di tireoglobulina hanno confermato l'attendibilità della procedura del linfonodo sentinella nel carcinoma papillare della tiroide. Nei pazienti definiti N0 mediante la tecnica del linfonodo sentinella la terapia con ¹³¹I può essere evitata.

HURTHLE CELL TUMOURS OF THE THYROID. PERSONAL EXPERIENCE AND REVIEW OF THE LITERATURE

IL CARCINOMA A CELLULE DI HURTHLE DELLA TIROIDE. NOSTRA CASISTICA E REVISIONE DELLA LETTERATURA

A. Barnabei, E. Ferretti, R. Baldelli, A. Procaccini¹, G. Spriano², M. Appetecchia

Endocrinology Unit, Regina Elena National Cancer Institute, Rome; ¹Otorhinolaryngology Unit, S. Camillo de Lellis Hospital, Rieti; ² Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Regina Elena National Cancer Institute, Rome, Italy

RIASSUNTO

Il carcinoma a cellule di Hurthle rappresenta circa il 5% di tutti i carcinomi differenziati della tiroide. La prognosi è ancora oggetto di discussione poiché alcuni Autori hanno riportato che l'adenoma a cellule di Hurthle occasionalmente può mostrare maggiore aggressività, paragonabile a quelle del carcinoma. L'obiettivo di questo studio è la valutazione delle caratteristiche cliniche e patologiche predittive di peggior prognosi e di morte per questa neoplasia in un confronto tra i dati riportati in letteratura e la nostra esperienza. In letteratura, i parametri associati a riduzione della sopravvivenza (per tutti i pazienti) sono: età, stadio della malattia, dimensioni del tumore, invasione extraghiandolare, metastasi linfonodali, metastasi a distanza, estensione della chirurgia e terapia con radioiodio. Dal 1992 al 2003 sono stati identificati 28 pazienti affetti da neoplasia a cellule di Hurthle, 9 con adenoma e 19 con carcinoma; di questi 22 erano femmine e 6 maschi. L'età media dei pazienti affetti da adenoma era 49,7 anni (range 30-72) versus 49,3 anni (range 15-72) dei pazienti affetti da carcinoma a cellule di Hurthle. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento di tiroidectomia totale. L'esame istologico ha evidenziato 9 adenomi e 19 carcinomi di cui 5 minimamente invasivi. In nessun caso sono state riportate metastasi linfonodali. La classificazione postoperatoria secondo TNM (UICC, 2002) ha documentato 9 pazienti in stadio I, 5 in stadio II, 4 in stadio III ed 1 in stadio IV. Tutti i 14 carcinomi sono stati sottoposti a terapia con ¹³¹I (range 91-585 mCi). Un solo paziente è stato sottoposto a radioterapia esterna. Il follow-up medio è stato di 62 mesi (range 6-324). Nessuno dei nostri pazienti con diagnosi istologica di adenoma ha presentato recidive di malattia. Solo un paziente affetto da carcinoma ha presentato metastasi polmonari dopo 60 mesi di follow-up. In conclusione, l'analisi della nostra casistica, condotta alla luce dei fattori prognostici e predittivi noti in letteratura mostra che il carcinoma a cellule di Hurthle non ha mostrato maggiore aggressività rispetto al carcinoma follicolare, a parità di fattori di rischio incluso l'estensione locale della neoplasia. Nessun paziente affetto da adenoma a cellule di Hurthle ha presentato recidive o è morto a causa della neoplasia.

PREGNANCY AND THYROID CANCER: ULTRASOUND STUDY OF FOETAL THYROID

GRAVIDANZA E CARCINOMA TIROIDEO: STUDIO ECOGRAFICO DELLA TIROIDE FETALE

B. Gibelli ¹, P.Zamperini ², D.Gilardi ³, N. Tradati ¹, F. Chiesa ⁴

1 Head & Neck Surgery Department, Thyroid Cancer Unit, European Institute of Oncology, Milano; 2 Gynaecology Department, European Institute of Oncology, Milan; 3 PharmD, Clinical Trial Coordinator, Frontier Southern Europe (FSE), Chiasso, Switzerland c/o IRCCS Multimedica, Sesto San Giovanni (Milano); 4 Head & Neck Surgery Division, European Institute of Oncology; Milan; Italy

RIASSUNTO

Il carcinoma della tiroide è la neoplasia endocrina più frequente, si presenta spesso in donne in età fertile, per questo motivo il 10% di tutti i carcinomi tiroidei viene diagnosticato durante la gravidanza o immediatamente dopo. I carcinomi tiroidei nei giovani presentano una prognosi eccellente e la sopravvivenza libera da malattia nelle donne cui viene diagnosticato durante la gravidanza non sembra differente da quella di pazienti non gravide con la stessa età e la stessa estensione di malattia, ma ovviamente la gravidanza dopo terapia per carcinoma tiroideo necessita un controllo duplice, sia per la madre che per il feto. Mantenere adeguati livelli di levotiroxina è di estrema importanza sia per la maturazione fetale, in particolare del sistema nervoso centrale, sia per proteggere la madre da possibili recidive di malattia. Le preoccupazioni maggiori riguardano gli effetti sul feto della terapia TSH-soppressiva e della terapia radio metabolica con I-131, per confermare la sicurezza delle terapie state studiate anche con valutazione ecografica le tiroidi fetali in 40 gravidanze di 32 pazienti trattate con levotiroxina dopo chirurgia per carcinoma tiroideo. Sia per le pazienti sottoposte a terapia sostitutiva che per quelle in terapia TSH soppressiva lo studio ecografico della tiroide fetale si mostrò entro le curve di normalità, e per le pazienti di questo studio la gravidanza non sembra compromettere l'intervallo libero da malattia né essere compromessa dalle terapie utilizzate per il pregresso carcinoma tiroideo. Si conferma in questo studio l'estrema importanza di un regolare adeguamento della terapia con levotiroxina, e che lo studio ecografico della tiroide fetale può aggiungere notizie rassicuranti sul benessere fetale.

PATTERN OF REGIONAL METASTASES AND PROGNOSTIC FACTORS IN DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA

METASTATIZZAZIONE LINFONODALE E FATTORI PROGNOSTICI NEL CARCINOMA DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE

G. Spriano , P. Ruscito , R. Pellini, M. Appetecchia ¹, R. Roselli

Dept. Otolaryngology, Head & Neck Surgery, ¹Endocrinology Unit, National Cancer Institute "Regina Elena" of Rome, Italy

RIASSUNTO

Il significato delle metastasi linfonodali nel carcinoma differenziato della tiroide è tuttora controverso. Gli Autori analizzano il valore prognostico della metastatizzazione linfonodale, mediante lo studio retrospettivo di 1503 casi di carcinoma differenziato della tiroide, trattati presso l'Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" di Roma, nel periodo compreso tra il 1988 ed il 2005. In particolare è stato estrapolato un sottogruppo di 77 casi di carcinomi sottoposti a tiroidectomia totale, svuotamento linfonodale ricorrentiale (6° livello) e svuotamento linfonodale laterocervicale per metastasi linfonodali (pN1). Quest'ultimo è consistito in uno svuotamento selettivo postero-laterale (livv.2-5) in 53 casi, selettivo laterale (livv.2-4) in 20 casi, radicale modificato o radicale in 29 casi. Il livello linfonodale maggiormente interessato è risultato essere il 4° (52%). La metastatizzazione linfonodale extracapsulare è stata documentata nel 22% dei casi. Sono stati analizzati mediante analisi multivariata i seguenti parametri: età, sesso, pT, istotipo, il numero di linfonodi, il/i livello/i cervicali coinvolti, secondo la classificazione di Robbins, la diffusione metastatica extra-capsulare dei linfonodi. Sono risultati statisticamente significativi per la metastatizzazione a distanza e la recidiva linfonodale la variante follicolare ($p < 0,01$) ed il coinvolgimento extracapsulare delle metastasi linfonodali ($p < 0,001$). Non sono per contro risultati significativi l'età, il sesso, il numero di linfonodi metastatici, le dimensioni di T. Nell'esperienza degli Autori l'extracapsularità linfonodale costituisce un importante parametro clinico predittivo del comportamento biologico di un carcinoma tiroideo differenziato e localmente avanzato. Un corretto approccio chirurgico del tumore primitivo e delle stazioni linfonodali cervicali laterali e del compartimento mediano è allo stato attuale determinante ai fini dell'esito oncologico della malattia.

ANALYSIS OF SAFETY OF SHORT-STAY THYROID SURGERY

ESPERIENZA DI CHIRURGIA TIROIDEA IN ONE-DAY SURGERY

R. A. Dedivitis, E. G. Pfuetzenreiter Jr., M. A. F. Castro, O. V. P. Denardin

Fundação Lusíada UNILUS, Santos; Departments of Head and Neck Surgery, Ana Costa Hospital and Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, Brazil.

RIASSUNTO

La durata del ricovero dopo intervento chirurgico si è progressivamente ridotta nel corso degli anni. Tuttavia, sono presenti alcuni rischi associati alla chirurgia tiroidea in one-day surgery. In questo studio è stata effettuata un'analisi dei dati dei nostri pazienti sottoposti a chirurgia tiroidea in one-day surgery, analizzandone le complicanze associate a questa procedura. 270 pazienti sottoposti a tiroidectomia tra il 2007 e il 2008 sono stati studiati in modo prospettico. I criteri di dimissione considerati sono stati: stabilità dei segni vitali, assenza di iperpiressia; assenza di problemi a carico della ferita chirurgica e delle vie aeree, ripresa dell'alimentazione per os. Sono stati raccolti i dati riguardanti le condizioni del paziente alla dimissione, la durata del ricovero e la necessità di eventuale nuovo ricovero, la morbilità (emorragia post-operatoria, lesione del nervo ricorrente e ipocalcemia) e la mortalità correlate all'intervento. In questa serie sono state eseguite 175 tiroidectomie totali, 93 emitiroidectomie e 2 istmectomie. Non si sono verificati casi di morte né di emorragia post-operatoria. Una paralisi permanente del nervo ricorrente è stata osservata in 4 pazienti (1,48%). Una ipocalcemia transitoria si è verificata in 23 pazienti, mentre un'ipocalcemia permanente si è verificata in 8 pazienti (2,96%); 4 pazienti sono stati nuovamente ricoverati e sottoposti a somministrazione di calcio urgente.. 5 pazienti non hanno tollerato la dieta nell'immediato post-operatorio. La durata media del ricovero è stata di 1,02 giorni. Considerando i 4 pazienti nuovamente ricoverati a causa dell'ipocalcemia, la durata media del ricovero è stata di 1,05 giorni. In conclusione il regime di one-day surgery per i pazienti sottoposti a chirurgia della tiroide può essere considerato sicuro ed efficace.

THYROID STEM CELLS - DANGER OR RESOURCE?

CELLULE STAMINALI E TIROIDE – PERICOLO O RISORSA?

B. Gibelli¹, A.M.A. Elfattah, G. Giugliano¹, M. Proh¹, E. Grosso¹

ORL Department, Mansoura University, Mansoura, Egypt; ¹Head and Neck Department, European Institute of Oncology, Milano, Italy

RIASSUNTO

Da tempo i clinici conoscono le capacità rigenerative del tessuto tiroideo, ma solo recentemente sono state identificate cellule staminali adulte nella tiroide, soprattutto nei pazienti con struma. Alcune sorprendenti potenzialità delle cellule staminali e la loro utilità clinica vengono riassunte attraverso l'analisi di dati della letteratura:

- 1) La documentata presenza di cellule staminali adulte nel tessuto tiroideo sano, iperplastico, o neoplastico, ha portato a considerazioni di notevole interesse sulle potenzialità rigenerative e sull'eventuale evoluzione tumorale.*
- 2) La possibilità di orientare, modificando l'ambiente e le condizioni di coltura, la differenziazione delle cellule staminali verso cellule mature diversamente specializzate crea aspettative importanti nel campo della medicina rigenerativa.*
- 3) Infine l'identificazione di cellule staminali e dei loro marcatori biologici nei carcinomi tiroidei, differenziati indifferenziati o midollari apre a nuove ipotesi di terapia per le neoplasie non sensibili ai trattamenti usuali.*

VIDEO-ASSISTED THYROIDECTOMY: LESSONS LEARNED AFTER MORE THAN ONE DECADE

TIROIDECTOMIA VIDEO-ASSISTITA

C.P. Lombardi, M. Raffaelli, C. De Crea, A. D'Amore, R. Bellantone

Endocrine Surgery Unit, Institute of Surgical Semeiotics, University Polyclinic A. Gemelli, Sacred Heart Catholic University of Rome, Italy

RIASSUNTO

Questo lavoro si propone di valutare I risultati ottenuti in una serie di pazienti selezionati per VAT (Tiroidectomia VideoAssistita) operati nell'ultimo decennio presso la Unità Operativa di Chirurgia Endocrina, Istituto di Semeiotica Chirurgica, Policlinico Universitario A. Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Sono stati valutati tutti i pazienti operati con la tecnica VAT dal Giugno 1998 al Giugno 2009. I criteri di esigibilità per la VAT sono: noduli tiroidei ≤ 35 mm; volume tiroideo stimato < 30 ml; nessuna precedente terapia chirurgica o radioterapica sul collo; presenza di piccolo carcinoma papillare della tiroide (PTC) a basso rischio. Nel periodo considerato sono stati candidate alla VAT 1363 pazienti; in 7 casi è stata necessaria una conversione alla chirurgia tradizionale a cielo aperto. Sono state eseguite regolarmente con successo 157 lobectomie tiroidee, 1175 tiroidectomie totali e 24 tiroidectomie di completamento. In 126 pazienti è stata eseguita in blocco con la chirurgia tiroidea anche una linfadenectomia centrale del collo. In 42 pazienti è stata eseguita una paratiroidectomia video assistita per adenoma paratiroideo. L'esame istologico ha evidenziato una patologia tiroidea benigna in 986 casi, PTC in 368 casi, iperplasia delle cellule C in 1 caso, e microcarcinoma midollare con mutazione del gene RET in 1 paziente. Le complicanze post-operatorie sono state: 27 paralisi ricorrenti transitorie ed 1 definitiva, 230 ipocalcemie transitorie e 10 definitive, 4 ematomi postoperatori e 5 infezioni della ferita chirurgica. La procedura VAT in pazienti selezionati può essere considerata una tecnica affidabile e ben consolidata; essa offre significativi vantaggi rispetto alla chirurgia convenzionale senza morbidità addizionali.

SURGICAL APPROACH TO RETROSTERNAL GOITRE: DO WE STILL NEED STERNOTOMY?

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL GOZZO MEDIASTINICO: LA STERNOTOMIA È ANCORA NECESSARIA?

M.G. Rugiu, M. Piemonte

Otorhinolaryngology Unit, University Hospital of Udine, Udine, Italy

RIASSUNTO

La terapia di scelta del gozzo cervico-mediastinico consiste nell'asportazione chirurgica, realizzabile nella maggior parte dei casi per via cervicotomica. Allo scopo di valutare quali siano i criteri in grado di predire la necessità di esecuzione di sternotomia, abbiamo eseguito una analisi retrospettiva della nostra casistica relativa agli anni 2004-2008. In questo periodo, presso la nostra Struttura Operativa, sono state eseguite 986 tiroidectomie; in 53 di questi pazienti (37 donne, 16 uomini, età media: 64 anni, range: 35-85) l'indicazione alla chirurgia era la presenza di un gozzo a importante e prevalente estensione mediastinica (limite inferiore del gozzo situato alla tomografia computerizzata almeno 3 cm al di sotto del manubrio sternale). In 49 casi, l'asportazione del gozzo è stata realizzata per via cervicotomica, mentre in 4 casi (7,5%) è stato necessario procedere all'esecuzione di sternotomia in collaborazione con il Cardiocirurgo. La sternotomia è stata eseguita in 3 casi per la presenza di un gozzo ipermagno (peso >500 g) con estensione fino alla biforcazione tracheale, ed in un caso per un nodulo tiroideo ectopico localizzato in prossimità della biforcazione dell'arteria polmonare. In 2 casi (3,8%), l'esame istologico ha evidenziato la presenza di un carcinoma. Le complicanze post-operatorie sono state: ipoparatiroidismo transitorio nel 13% dei casi, permanente nel 3,7%, paralisi ricorrente transitoria nell'1,8%, emorragia post-operatoria nel 5,6%, complicanze respiratorie nel 3,7% (esecuzione di tracheotomia in un caso). In conclusione, nella maggior parte dei casi la tiroidectomia totale per gozzo mediastinico può essere realizzata per via cervicotomica, con un'incidenza di complicanze lievemente superiore rispetto ai valori riportati per le tiroidectomie cervicali, soprattutto per quanto concerne l'ipoparatiroidismo e l'emorragia post-operatoria. I nostri risultati evidenziano che i criteri più significativi indicanti la necessità di sternotomia sono deducibili dalla tomografia computerizzata, e sono rappresentati dal volume della ghiandola globale e della sua porzione retrosternale, dal livello raggiunto dal limite inferiore del gozzo e dalla presenza di un gozzo ectopico. In tutti i casi è comunque necessario che la tiroidectomia venga eseguita da un'equipe chirurgica "esperta", che comprenda in casi selezionati la presenza del Cardiocirurgo.

Eliminato: