



PSDTA Carcinoma della Tiroide

## **Allegato 7 : Trattamento chirurgico dei tumori della tiroide. Sintesi delle raccomandazioni**

**A cura del GdI Area Chirurgica**

**Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

**Validato dal Gruppo di Studio Tiroide**

**Anno di pubblicazione 2022**

**Estensori: Quaglino F (coordinatore), Borasi A., Bosso MC., Bossotti M., Caracciolo A., Costamagna D., Droz C., Lauro C., Lettini I., Oragano L., Palestini N., Pazzaia T., Scelsi DB.**

## TUMORE DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE

CONDIZIONE	PROCEDURA
Nodo citologicamente indeterminato (TIR 3 A/B)	<p><b>Osservazione</b>, proponibile nei nodi a basso rischio (TIR3A), senza elementi clinico/ecografici di sospetto, asintomatici e di piccole dimensioni (indicativamente: &lt;4 cm).</p> <p><b>Chirurgia</b> negli altri casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loboistmectomia totale, se lobo controlaterale normale;</li> <li>• Tiroidectomia totale, se noduli bilaterali, storia di radioterapia su testa/collo/mediastino, familiarità per PTC, scelta del paziente (evitare il rischio di un reintervento di totalizzazione).</li> </ul>
Nodo citologicamente sospetto (TIR 4)	<p>Da trattare come TIR 5, con eventuale esame istologico estemporaneo per la verifica della natura del nodo.</p> <p>Nel tumore differenziato della tiroide può essere indicata una linfadenectomia profilattica del comparto centrale omolaterale</p>
Carcinoma differenziato con diagnosi pre- (citologia TIR5) o intraoperatoria, clinicamente N0	<p>Una chirurgia limitata (<b>loboistmectomia totale</b>) è consigliata nei casi cT1a/b (dimensioni ≤2 cm), in assenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• caratteristiche citologiche di aggressività;</li> <li>• evidente multifocalità;</li> <li>• superamento della capsula tiroidea;</li> <li>• noduli nel lobo controlaterale;</li> <li>• storia di radioterapia su testa/collo/mediastino;</li> <li>• familiarità per PTC.</li> </ul> <p>La <b>tiroidectomia totale</b> è raccomandata negli altri casi.</p> <p>Considerare anche la scelta del paziente (evitare il rischio di un reintervento di totalizzazione).</p> <p>Nel tumore differenziato della tiroide può essere indicata una linfadenectomia profilattica del comparto centrale omolaterale</p> <p>L'inserimento in un <b>programma di sorveglianza attiva</b> può essere considerata in tumori cT1a cN0 unifocali, non localizzati posteriormente o adiacenti a trachea/esofago, senza storia di radioterapia su testa/collo/mediastino o familiarità per PTC, soprattutto in pazienti anziani, con comorbilità rilevanti e/o altre patologie neoplastiche in corso di trattamento.</p>
Carcinoma differenziato con diagnosi pre- (citologia TIR5) o intraoperatoria, clinicamente N1a/b	<p><b>Linfadenectomia terapeutica</b>, in aggiunta alla tiroidectomia totale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cN1a: linfadenectomia cervicale centrale;</li> <li>• Se cN1b: linfadenectomia laterocervicale "compartment oriented" (inclusiva almeno dei livv. IIA, III, IV) + linfadenectomia centrale</li> </ul>
Carcinoma differenziato diagnosticato all'esame istologico dopo una tiroidectomia parziale	<p><b>Completamento della tiroidectomia</b>, nei casi in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sarebbe stata proposta una tiroidectomia totale se la diagnosi fosse stata disponibile preoperatoriamente;</li> <li>• l'esame istologico depone per un tumore aggressivo, o segnala metastasi linfonodali di dimensioni &gt;2mm;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>l'ecografia fa sospettare la presenza di foci neoplastici nel lobo residuo (da confermare possibilmente mediante FNA).</li> </ul> <p>Il completamento della tiroidectomia non è obbligatorio ma va considerato in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>multifocalità;</li> <li>riscontro istologico di focale estensione extratiroidea o di micrometastasi linfonodali (dimensioni <math>\leq 2</math> mm)</li> </ul>
Carcinoma differenziato infiltrante le strutture aero- digestive (laringe, trachea, esofago)	<p>In caso di riscontro operatorio inatteso e di resezione incompleta, considerare reintervento dopo adeguata informazione del paziente.</p> <p>Raccomandato invio a Centri con adeguata esperienza e competenza.</p>
Carcinoma papillifero scoperto in gravidanza	<p>Stretto monitoraggio ecografico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se stabile e soprattutto se diagnosticato nella seconda metà della gravidanza, trattamento chirurgico dopo il parto;</li> <li>In caso di evidente progressione, trattamento chirurgico in gravidanza (idealmente nel secondo trimestre).</li> </ul>
Persistenza o recidiva loco-regionale di carcinoma differenziato	<p><b>Persistenza/recidiva locale</b> (letto tiroideo e/o linfonodi del compartimento centrale): exeresi e linfadenectomia centrale (considerare una linfadenectomia centrale monolaterale, in base a difficoltà tecniche ed esiti chirurgici precedenti);</p> <p><b>Persistenza/recidiva linfonodale laterocervicale:</b> dissezione compartimentale se compartimento intatto; se già eseguita una linfadenectomia, exeresi mirata o completamento di una dissezione insufficiente.</p> <p>Considerare sorveglianza clinica in caso di recidiva isolata e di piccole dimensioni <math>\leq 1</math> cm), soprattutto se nei compartimenti laterali.</p>

#### CARCINOMA MIDOLLARE DELLA TIROIDE

CONDIZIONE	PROCEDURE
Carcinoma midollare (trattamento chirurgico iniziale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiroidectomia totale con linfadenectomia cervicale centrale.</li> <li>Linfadenectomia compartimentale laterocervicale ipsi-/bilaterale, profilattica o terapeutica, sulla base della stadiazione clinica e/o dei livelli di calcitonina (Ctn).</li> </ul>
Carcinoma midollare diagnosticato all'esame istologico dopo una tiroidectomia parziale	<p><b>Completamento della tiroidectomia, di regola con linfadenectomia cervicale centrale,</b> in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carcinoma midollare familiare (accertata mutazione RET),</li> <li>- livelli di Ctn post-operatori oltre i limiti della norma,</li> <li>- evidenza ecografica di malattia residua.</li> </ul> <p><b>Linfadenectomia compartimentale laterocervicale ipsi-/bilaterale, profilattica o terapeutica,</b> sulla base della stadiazione clinica e/o dei livelli di Ctn.</p>
Paziente con persistenza o recidiva (cl clinicamente evidente o biochimica) di carcinoma midollare	<p><b>Malattia loco-regionale clinicamente evidente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>asportazione chirurgica (con eventuale linfadenectomia compartimentale centrale e/o laterocervicale);</li> <li>sorveglianza clinica, in relazione alla situazione individuale (rilevanza della malattia residua, possibilità di exeresi radicale, evidenza di metastasi a distanza, ritmo di progressione della malattia).</li> </ul> <p><b>Evidenza biochimica di malattia:</b> stretto follow-up; eventuale completamento di un trattamento iniziale inadeguato.</p>
Familiari portatori di mutazione RET, candidati a chirurgia profilattica/precoce	<p><b>Tiroidectomia totale</b> (con eventuale linfadenectomia cervicale centrale, sulla base della stadiazione clinica e dei livelli di Ctn) nei tempi seguenti:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mutazione M918T (altissimo rischio): entro il primo anno di vita;</li> <li>• mutazioni C634F o A883F (alto rischio): verso i 5 anni o prima, in caso di incremento dei livelli di Ctn;</li> <li>• altre mutazioni (rischio moderato): monitoraggio dai 5 anni, con dosaggio della Ctn ed ecografia cervicale a cadenza annuale; chirurgia in caso di incremento dei valori di Ctn o se richiesta da genitori/paziente.</li> </ul> <p>Screening biochimico preliminare per feocromocitoma e iperparatiroidismo.</p>
--	---

**Raccomandazione** In ogni caso di prima diagnosi effettuare preliminarmente uno screening biochimico per feocromocitoma e iperparatiroidismo, e programmare indagine genetica per ricerca mutazioni gene RET

### CARCINOMA ANAPLASTICO DELLA TIROIDE

Condizione	Procedure
<b>ATC, stadio IVA<sup>(1)</sup></b>  (malattia intratiroidea N0 M0)	Tiroidectomia totale con linfadenectomia cervicale centrale; eventuale linfadenectomia compartimentale laterocervicale ipsilaterale profilattica.
<b>ATC, stadio IVB<sup>(1)</sup></b>  (malattia extratiroidea N0-1 M0)  Resezione R0/R1 presumibilmente possibile con morbidità accettabile	Tiroidectomia totale o quasi totale <sup>(2)</sup> allargata alle strutture adiacenti infiltrate, con linfadenectomia cervicale centrale; eventuale linfadenectomia compartimentale laterocervicale ipsilaterale profilattica o terapeutica.  Evitare: laringectomia, esofagectomia, debulking R2, tracheostomia elettiva.
<b>ATC, stadio IVC<sup>(1)</sup></b>  (ogni T, ogni N, M1)  Resezione R0/R1 a livello cervicale presumibilmente possibile con morbidità accettabile	Considerare la resezione palliativa della malattia cervicale, in base all'età, alle condizioni generali del paziente e all'estensione delle metastasi (trattamento analogo allo stadio IVB).  Evitare: laringectomia, esofagectomia, debulking R2, tracheostomia elettiva.
<b>ATC, stadio IVB/C<sup>(1)</sup></b>  Resezione R0/R1 a livello cervicale impossibile <sup>(3)</sup>	Considerare trattamento neoadiuvante (CHT+RT) per eventuale successivo trattamento chirurgico.  Eventuali provvedimenti palliativi per garantire respirazione e alimentazione (endoprotesi tracheale, tracheostomia, gastrostomia).

#### Note

1. Ogni caso con diagnosi sospetta o accertata va indirizzato con la massima priorità ai centri di riferimento regionali.
2. In presenza di un tumore localizzato a un solo lobo tiroideo o con limitata estensione al lobo controlaterale, che abbia determinato la paralisi del NLR omolaterale e renda impossibile la conservazione delle paratiroidi omolaterali, va considerata l'opportunità di una resezione sub-/quasi totale del lobo controlaterale per minimizzare il rischio di paralisi ricorrente bilaterale e/o di ipoparatiroidismo permanente.
3. È generalmente giudicato non resecabile un tumore che presenti evidente invasione del tratto aero-digestivo, dei vasi mediastinici e della fascia prevertebrale.