

| | | |
|---|---|--|
|  A.O.S. Croce e Carle Cuneo | <p align="center">PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PDTA_004 Tumori della Tiroide e follow-up</p> | Data di emissione: Data ultima revisione: 10/11/2018 Revisione n. 02 |
| Stesura | Verifica/Approvazione | Emissione |
| dott.ssa Flora Cesario SC Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo Coordinatore GIC Tumori della Tiroide <i>(firmato in originale)</i> | dott. Alessandro Garibaldi Direttore Sanitario di Presidio f.f <i>(firmato in originale)</i> | dott.ssa Paola Malvasio Direttore Sanitario d' Azienda <i>(firmato in originale)</i> |

Responsabilità

| Qualifica | Nome | Firma |
|--|----------------------|-------------------------------|
| Direttore Generale | Corrado Bedogni | <i>(firmato in originale)</i> |
| Direttore Sanitario | Paola Malvasio | <i>(firmato in originale)</i> |
| Direttore Sanitario di Presidio f.f | Alessandro Garibaldi | <i>(firmato in originale)</i> |
| Responsabile Gestione delle Attività e Funzioni afferenti alla S.S DiPSa | Rosanna Meinero | <i>(firmato in originale)</i> |
| Referente S.S DiPSa per la Rete Oncologica | Daniele Dogliotti | <i>(firmato in originale)</i> |
| Coordinatore Day Service, CPRC, CAS | Silvana Brao | <i>(firmato in originale)</i> |
| Coordinatore GIC aziendale Tiroide Ghiandole Endocrine e Surrene | Flora Cesario | <i>(firmato in originale)</i> |
| Funzione Qualità ed Accredimento | Manuela Rosso | <i>(firmato in originale)</i> |
| Referente Aziendale per la Rete Oncologica | Elvio Grazioso Russi | <i>(firmato in originale)</i> |
| Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d' Aosta | Oscar Bertetto | |

Stato di revisione

Si tratta della revisione 02. Il documento è stato inserito nel format proposto dal Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d' Aosta (nota protocollo n.35446 del 05/04/2018). I contenuti della rev.01 sono stati ripresi ed aggiornati nel presente format e nei documenti ad esso correlati.

Le modifiche apportate riguardano:

- Aggiornamento composizione GIC;
- Indicazioni circa la gestione dei casi con citologia TIR 3B;
- Descrizione delle modalità di invio all'Ospedale Mauriziano di Torino dei pazienti candidati a terapia radiometabolica con I131.
- Aggiornamento documenti correlati;
- Aggiornamento letteratura di riferimento

| | |
|---|---|
| Data di approvazione | 10/11/2018 |
| Periodicità di revisione | Annuale |
| Data prossima revisione | 30/11/2019 |
| Modalità di diffusione interna | Sul portale Aziendale a disposizione di tutto il personale dell'Azienda per consultazione |
| Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d' Aosta | |

Composizione GIC (prevista da D.G.R. 21.05.2014 N. 48-7639)

Indicate con * le discipline che intervengono al GIC a chiamata, non in modo regolare

| Strutture | Referente | Firma |
|--|---|-------------------------------|
| <i>Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo</i> | Flora CESARIO titolare | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Adele LATINA sostituto | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Michaela PELLEGRINO referente tumori del surrene | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>Chirurgia Generale</i> | Corrado LAURO titolare | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Giorgio GIRAUDO sostituto | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale</i> | Fabio BRAMARDI titolare | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Silvia PONZO sostituto | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>Anatomia Patologica</i> | Andrea CAMPIONE titolare | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Grazie SCIANCALEPORE sostituto | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>Medicina Nucleare</i> | Franco ACCHIARDI | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Antonella FRANCINI | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>Infermiere GIC</i> | Antonella TOSELLO titolare | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Daniela GELARDI sostituto | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>Oncologia</i> | Nerina DENARO titolare | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Marco Carlo MERLANO sostituto | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>Radioterapia</i> | Elvio Grazioso RUSSI | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>Radiodiagnostica</i> | Enrico BARALIS titolare | <i>(firmato in originale)</i> |
| | Maurizio GROSSO sostituto | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>*Cure Palliative (Attiva convenzione con ASL CNI)</i> | Pietro LA CIURA | <i>(firmato in originale)</i> |
| <i>*Genetica e Biologia Molecolare del Laboratorio Analisi, Chimico,</i> | Antonella MAFFÈ titolare | <i>(firmato in originale)</i> |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| <i>Cliniche e Microbiologia</i> | Silvana UNGARI sostituto | (firmato in originale) |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------|

GIC - regolamento

| | |
|---|--|
| Coordinatore | <i>Flora Cesario, Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo 0171616446</i> |
| Segreteria | <i>CAS Tumori della Tiroide ed Endocrini AO S.Croce e Carle Cuneo Tel 0171616898</i> |
| Sede dell'incontro | <i>Aula Dipartimentale Po S.Croce via M.Coppino, 26 Cuneo 4°piano, blocco C</i> |
| Periodicità dell'incontro e orario | <i>Quindicinale, il martedì dalle ore 16.00</i> |
| Modalità di refertazione | <i>Per ogni caso clinico viene compilato il referto di visita GIC, su applicativo informatico aziendale che può essere consultato dai vari Specialisti.</i> |
| Descrizione sintetica del funzionamento | <i>Lo specialista che effettua la visita CAS redige la richiesta dematerializzata di consulto GIC. Terminato il percorso di stadiazione, il personale del CAS prenota la discussione GIC su apposito applicativo aziendale. L'infermiere del CAS prepara la documentazione clinica utile alla discussione GIC e provvede ad inviare la lista dei casi da discutere a tutti i professionisti GIC (su indicazione dello specialista che propone il caso vengono convocati eventuali clinici a chiamata) I casi che accedo al GIC vengono presentati dallo specialista che ha in carico il paziente. Durante la discussione multidisciplinare si prende visione degli esami strumentali di stadiazione eseguiti dal paziente e si prendono decisioni sulle possibilità curative o palliative degli eventuali trattamenti sulla base dello stato di malattia, l'età e le comorbidità. Vengono inoltre discussi i casi di recidiva, se lo Specialista Endocrinologo che esegue il follow-up ritiene sia necessaria una valutazione collegiale. Il paziente non è presente durante la valutazione GIC, viene contattato telefonicamente per proseguire l'iter diagnostico.</i> |
| Descrizione del percorso assistenziale | <i>L'infermiere in GIC, al fine di garantire la continuità assistenziale, riceve comunicazione dall'infermiere CAS (se altra persona) delle eventuali problematiche e/o risorse relative alla persona assistita, prende in carico il paziente e si occupa di:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>partecipare alle discussioni multidisciplinari GIC (preoperatorie, postoperatorie e in caso di ripresa di malattia);</i> - <i>prendere in carico non solo del paziente, ma più globalmente dell'intera famiglia del soggetto. In tale fase si prevede una stretta collaborazione tra Infermiere CAS e GIC;</i> - <i>portare all'attenzione del GIC la situazione psicosociale del paziente, la fragilità geriatrica, quella familiare o altre problematiche che possano insorgere durante il ricovero o che possano influire in modo significativo sulle terapie che il paziente dovrà affrontare successivamente;</i> - <i>prenotare, in collaborazione con il personale</i> |

| | |
|--|--|
| | <p><i>amministrativo, visite, esami aggiuntivi o di ristadiatione, di completamento e/approfondimento, decisi durante la riunione GIC, informando anche il paziente su modalità e tempi di esecuzione degli stessi;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>facilitare la comunicazione tra i vari membri del team multidisciplinare;</i> - <i>trasmettere i dati assistenziali ai servizi coinvolti nel percorso del paziente (Centro Programmazione Ricoveri Chirurgici CPRC, Day Service, reparto di degenza, DH Oncologico, RT, ecc.);</i> - <i>garantire che i pazienti ricevano le cure richieste e raccogliere, durante le diverse fasi del percorso, le informazioni utili al monitoraggio del percorso assistenziale;</i> - <i>partecipare alla definizione dei problemi assistenziali e interdisciplinari del paziente;</i> - <i>concorrere all'individuazione degli obiettivi del paziente intesi come obiettivi fisici, funzionali, psicologici, sociali e ambientali</i> - <i>identificare la reazione del paziente alla diagnosi tumorale e concorrere alla rilevazione dei bisogni psicologici;</i> - <i>supportare lo specialista nella comunicazione del piano terapeutico e nella condivisione multidisciplinare per la pianificazione, nel più breve tempo possibile, delle procedure previste;</i> - <i>assolvere un ruolo di educazione terapeutica del paziente e del caregiver</i> - <i>partecipare all'aggiornamento del PDTA</i> |
|--|--|

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

| | |
|---|---|
| Descrizione del bacino di utenza | <i>Distretto Sud-Ovest (città di Cuneo-BSD-Dronero)</i> |
| Numero di abitanti del bacino di utenza | <i>161.000 (dati aggiornati a dicembre 2017)</i> |
| Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza | <i>CAS Tumori della Tiroide ed Endocrini AO S.Croce e Carle Cuneo</i> |
| Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento) | <i>GIC Tiroide, Ghiandole Endocrine e Surrene dell'AO S.Croce e Carle Cuneo</i> |

Neoplasie di pertinenza del GIC

| |
|--|
| Tumori della Tiroide: differenziato, midollare ed anaplastico |
| Tumori del surrene (vedi PDTA specifico) |

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017.

| Condizione | Procedure | Modalità di accesso | Tempi previsti di accesso |
|---|---|--|----------------------------------|
| Presunta o accertata patologia nodulare o disfunzione della tiroide o neoplasia tiroidea valutati dal MMG o specialisti | Prima Visita Endocrinologica (anamnesi, esame obiettivo e prescrizione) | Richiesta dematerializzata. del MMG o di altro specialista. La prenotazione può essere effettuata dal paziente: -di persona presso gli sportelli del | Entro 15 giorni |

| | | | |
|---|---|---|--|
| aziendali (Chirurgo generale, ORL, Medico Nucleare) | indagini diagnostiche) | Centro Unico Prenotazioni interaziendale dell'AO S.Croce e Carle e dell'ASL CN1 a Cuneo in via Carlo Boggio n.12 dal lunedì al venerdì non festivi dalle ore 8.00 alle ore 17.00 -telefonicamente contattando il Call Center unificato AO S.Croce e Carle e ASL CN1 al numero 0171078600 dal lunedì al venerdì con orario 8.00-18.00. Ambulatorio di Endocrinologia: tutti i giorni dalle 8.30 alle 12.30 p/o Blocco Ambulatoriale P.O A.Carle Ambulatorio Oncologia della Tiroide: tutti i martedì dalle 14 alle 16 p/o Blocco Ambulatoriale P.O A.Carle | |
| Valutazione iniziale del paziente | R-TSH ANTI-TPO Ecografia Tiroidea | Prescrizione dematerializzata da parte dell'Endocrinologo con attivazione del DS Endocrinologico per l'esecuzione degli esami diagnostici. Sede DS Endocrinologia Blocco Ambulatoriale P.O A.Carle Sede Ecografia Tiroidea Ambulatorio di Endocrinologia p/o Blocco Ambulatoriale P.O A.Carle, il lunedì ed il giovedì pomeriggio. SC Medicina Nucleare PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B | |
| In seguito all'esito della valutazione iniziale | FT4, FT3, anticorpi ANTI-TPO, ANTI-TG, TRAB, PTH, Calcio totale | Prescrizione dematerializzata da parte dell'Endocrinologo con attivazione del DS Endocrinologico per l'esecuzione degli esami diagnostici.+consulenza genetica | |
| Pazienti con familiarità per carcinoma midollare della tiroide o per neoplasia endocrina multipla di tipo 2 (MEN2). L'utilità della determinazione di routine in tutti i pazienti con noduli tiroidei è ancora dibattuta. | Calcitonina Consulenza genetica | | |
| I livelli di tireoglobulina correlano con le dimensioni della tiroide piuttosto che con i caratteri morfologici delle lesioni tiroidee. La determinazione della tireoglobulina non aggiunge informazioni significative e non è raccomandata ai fini | Tireoglobulina | | |

| | | | |
|--|--|--|-----------------|
| dell'inquadramento diagnostico dei noduli tiroidei | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - nodo tiroideo singolo o gozzo plurinodulare, con valori di TSH inferiori al minimo della norma, per escludere l'autonomia funzionale (in casi selezionati e nelle aree a più alta carenza iodica può trovare indicazione anche con TSH nei limiti della norma): - gozzo voluminoso con sospetto impegno retrosternale; - sospetto di tessuto tiroideo ectopico (sublinguale, tireoglosso, intratoracico); - in presenza di nodi follicolari per identificare l'adenoma follicolare funzionante; | Scintigrafia Tiroidea | <p>Prescrizione dematerializzata da parte dell'Endocrinologo con attivazione del DS Endocrinologico per l'esecuzione degli esami diagnostici.</p> <p>Sede SC Medicina Nucleare PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo primo piano blocco B</p> | 7 giorni |
| <ul style="list-style-type: none"> - presenza di disfonia, disfagia e fenomeni compressivi; - presenza di linfadenopatie clinicamente palpabili o sospette all'ecografia. | Visita ORL | <p>Prescrizione dematerializzata da parte dell'Endocrinologo con attivazione del DS Endocrinologico per l'esecuzione degli esami diagnostici.</p> <p>Sede Ambulatorio Specialistico ORL PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo Blocco Ambulatoriale 4° piano</p> | 7 giorni |
| <ul style="list-style-type: none"> - nodi singoli di diametro >1 cm o nel contesto di un gozzo MN con elementi clinici e/o ultrasonografici di sospetto o di nodi voluminosi potenzialmente compressivi; - nodi di diametro < 1 cm con criteri ultrasonografici di rischio neoplastico - noduli funzionalmente autonomi soltanto in caso di pazienti in età pediatrica o in presenza di segni ecografici sospetti di malignità; - cisti complesse. | <p>Agoaspirato ecoguidato per esame citologico della tiroide (FNAB)</p> <p>NB Si raccomanda di eseguire FNAB sotto guida ecografica, poiché la diagnosi citologica risulta più affidabile</p> | <p>Prescrizione dematerializzata da parte dell'Endocrinologo con attivazione del DS Endocrinologico per l'esecuzione degli esami diagnostici.</p> <p>Sede L'AO S. Croce e Carle dispone di sedute dedicate alla pratica dell'agoaspirato che vengono espletate a cadenza settimanale presso la Medicina Nucleare (PO S.Croce, primo piano blocco B) il martedì pomeriggio e presso l'Endocrinologia (PO A.Carle, primo piano blocco ambulatoriale) il lunedì e giovedì mattina.</p> | Entro 15 giorni |

| Sulla base dell'esito della FNAB vengono individuati i pazienti da sottoporre a trattamento chirurgico. | | | |
|---|--|---|--|
| Classi diagnostiche secondo classificazione SIAPEC 2014: TIR 4 e TIR 5 | Visita CAS con presa in carico infermieristica (A), prescrizione esami di stadiazione secondo PDTA, se non ancora eseguiti, e di consulto GIC, attestazione esenzione 048. | Richiesta da parte dello specialista endocrinologo o trasformazione della visita specialistica in visita CAS. La visita CAS può essere richiesta anche da un altro specialista di percorso. Se necessario la prenotazione viene effettuata dal personale del CAS (A) Tumori della Tiroide ed Endocrini su segnalazione dello specialista. Per le modalità di erogazione e presa in carico da parte del caso fare riferimento a quanto descritto nel PDTA_018_CAS | Entro 5 giorni dalla data di presa in carico amministrativa della richiesta. |
| In sede di visita collegiale GIC vengono discussi tutti i casi con classe diagnostica TIR 4,5. I pazienti con citologia TIR 3B è auspicabile che vengano discussi in GIC per un maggior confronto fra specialisti. | CONSULTO GIC pre intervento chirurgico | Richiesta da parte dell'endocrinologo che ha effettuato la visita CAS. Prenotazione da parte dell'infermiere CAS Tumori della Tiroide ed Endocrini (A) | Entro una settimana dal termine della stadiazione. |
| CARCINOMA MIDOLLARE | Consulto GIC pre intervento | Richiesta da parte dell'endocrinologo che ha effettuato la visita CAS. Prenotazione da parte dell'infermiere CAS Tumori della Tiroide ed Endocrini (A) Eventuali indagini diagnostiche vengono prescritte in ambito di consulto GIC e prenotate dall'infermiere GIC (A). Sede intervento chirurgico Chirurgia Generale e Oncologica o Chirurgia ORL PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo Sede eventuale consulenza oncologica Oncologia PO A.Carle | |
| | Consulenza genetica Es.screening MEN2 | | |
| | Es.diagnostici di II livello | | |
| | Intervento chirurgico | | |
| CARCINOMA ANAPLASTICO | Consulto GIC pre intervento | Richiesta visita GIC da parte dello specialista che ha effettuato la visita CAS. Prenotazione da parte dell'infermiere CAS Tumori della Tiroide ed Endocrini (A) Ulteriori indagini diagnostiche vengono prescritte in ambito di consulto GIC e prenotate dall'infermiere GIC (A). Sede intervento chirurgico Chirurgia Generale e Oncologica o Chirurgia ORL PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo Sede eventuale consulenza | L'intervento chirurgico deve essere eseguito entro 1 settimana dalla visita GIC. |
| | Ecografia collo TAC collo+torace RMNcollo e mediastino con mdc Consulenza ORL | | |

| | | | |
|--|----------------------------|--|-------------|
| | Consulenza oncologica | oncologica Oncologia PO A.Carle | |
| | Intervento chirurgico | | |
| CARCINOMA ANAPLASTICO NON OPERABILE | Consulenza cure palliative | AO fa riferimento al Servizio di Cure Palliative dell'ASL CN1. Il servizio copre il territorio corrispondente all'ASL CN1. <u>Paziente con attesa di vita presunta >6 mesi</u> : accesso al percorso ambulatoriale per la valutazione dei sintomi e della complessità assistenziale per la famiglia. L'accesso agli Ambulatori di Cure Palliative avviene tramite la segreteria (Tel. 0171/948735) dal Lunedì al Venerdì h 8-16 o con consulenza ospedaliera, se il paziente è ricoverato <u>Paziente con aspettativa di vita presunta <3 mesi</u> : presa in carico globale da parte delle Cure Palliative (setting domiciliare o di ricovero in strutture minori o Hospice). L'accesso avviene tramite richiesta dedicata, se da domicilio, o consulenza intraospedaliera, se il paziente è ricoverato (Martedì e Venerdì) | |
| | Consulenza psicologica | Prescrizione dematerializzata dello specialista che ha effettuato la visita CAS o durante il GIC. Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018_CAS | 7-10 giorni |

Tabella 1. Classificazione Italiana della Citologia Tiroidea

| Codice | Categoria diagnostica | Rischio atteso di malignità (%) | Suggerimento clinico |
|--------|---------------------------------------|--|---|
| TIR1 | Non diagnostico | Non definito | Ripetizione di FNA US dopo almeno un mese |
| TIR1 C | Non diagnostico, cistico | Basso, variabile in base al quadro clinico | Secondo il contesto clinico e/o ripetere FNA |
| TIR2 | Non maligno / benigno | < 3 | Follow – up |
| TIR3 A | Lesione indeterminata a basso rischio | < 10 | Follow – up / ripetere FNA |
| TIR3 B | Lesione indeterminata ad alto rischio | 15 – 30 | Exeresi chirurgica |
| TIR4 | Sospetto di malignità | 60 – 80 | Exeresi chirurgica / eventuale istologia intraoperatoria |
| TIR5 | Maligno | 95 | Exeresi chirurgica; approfondimento diagnostico in casi selezionati |

Legenda: FNA: fine-needle aspiration; US: ultrasound examination

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017.

| Condizione | Procedure | Modalità di accesso | Tempi previsti di accesso |
|--|--|---|---------------------------|
| TIR 3 B | Intervento chirurgico. Una stretta sorveglianza clinica ed ecografica deve essere riservata solo a casi selezionati. Possono essere utili i marcatori immunochimici e molecolari . | In accordo con le valutazione prese collegialmente durante il GIC, l'infermiere presente provvede a prenotare la visita chirurgica nell'ambulatorio di Chirurgia della Tiroide (A), dove il Chirurgo/ Otorinolaringoiatra cervico-facciale pianifica l'intervento chirurgico dopo valutazione del paziente. Inserimento del paziente nel percorso chirurgico aziendale (CPRC) Sede visita Ambulatorio congiunto chirurgia tiroidea PO S.Croce via M. Coppino, 26 | Entro 60 giorni |
| TIR 4 | Intervento chirurgico preceduta dalla ripetizione della FNA solo se occorre ulteriore materiale per una più adeguata definizione diagnostica. L'esame estemporaneo intraoperatorio è raccomandato | Cuneo piano terra blocco C Sede CPRC PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano terra blocco A Sede DS PO A. Carle Via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo. Blocco Intervento chirurgico Chirurgia Generale e Oncologica o Chirurgia ORL PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo | Entro 30 giorni |
| TIR 5 | Intervento chirurgico per i carcinomi differenziati, pianificato sulla base dei dati clinici e strumentali. NB Il carcinoma anaplastico, il carcinoma midollare, il linfoma e le lesioni metastatiche necessitano di un ulteriore inquadramento prima della eventuale opzione chirurgica. | Cuneo piano terra blocco C Sede CPRC PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo piano terra blocco A Sede DS PO A. Carle Via A. Carle, 5 - fraz. Confreria – Cuneo. Blocco Intervento chirurgico Chirurgia Generale e Oncologica o Chirurgia ORL PO S.Croce via M. Coppino, 26 Cuneo | Entro 30 giorni |
| Tutti i casi di pazienti con diagnosi di carcinoma tiroideo, operati in Azienda NB In caso di pazienti non operati in Azienda l'accesso viene programmato attraverso prenotazione di visita presso ambulatorio di Oncologia tiroidea tramite CAS o con contatto telefonico diretto con l'ambulatorio di Endocrinologia. Dopo la visita endocrinologica il | CONSULTO GIC post intervento chirurgico | Alla consegna del referto istologico, il chirurgo o l'ORL eseguono la visita CAS, se non ancora eseguita, , redigono la ricetta dematerializzata di visita GIC, attestano il diritto ad esenzione 048 e segnalano il paziente al CAS Tumori della Tiroide ed Endocrini Il personale del CAS programma la discussione interdisciplinare del caso clinico appena disponi (A). | |

| | | | |
|--|---|---|-------------|
| paziente può eseguire presso il Day Service Endocrinologico i seguenti esami: HTG, ab antiTG, TSH, FT4, calcio totale, ETG collo + eventuale FNAB, Test al Thyrogen Calcitonina Cea | | | |
| Pazienti che richiedono supporto psicologico durante la visita specialistica o counselling infermieristico | Valutazione Psicologica | Dopo discussione GIC post operatoria e se indicato il trattamento, il personale medico del CAS emette la prescrizione dematerializzata ed in collaborazione con il personale infermieristico prenota la visita psicologica (A). Per le modalità di prenotazione vedi PDTA_018_CAS | 7-10 giorni |
| Pazienti operati con diagnosi di TUMORE DIFFENZIATO DELLA TIROIDE a rischio intermedio-alto di recidiva/persistenza di malattia. | Visita medico nucleare per Terapia Radio Metabolica con I131. | Dopo discussione GIC post operatoria e se indicato il trattamento, il personale medico del CAS emette la prescrizione dematerializzata ed in collaborazione con il personale infermieristico prenota telefonicamente la visita medico-nucleare presso il centro di riferimento (A) (Medicina Nucleare Ospedale Mauriziano di Torino) e da comunicazione della data e dell'ora della visita al paziente. In questo caso gli esami ematici vengono effettuati presso la Medicina Nucleare di Torino in previsione di trattamento ablativo o adiuvante con I-131. | 7-15 giorni |
| Pazienti operati con diagnosi di TUMORE ANAPLASTICO DELLA TIROIDE | Visita oncologica | Dopo discussione GIC post operatoria e se indicato il trattamento, il personale medico del CAS emette la prescrizione dematerializzata ed in collaborazione con il personale infermieristico prenota le visite specialistiche (A). Sede visita oncologica Oncologia PO A.Carle Sede visita radioterapica Radioterapia PO S.Croce Sede visita psicologica Servizio Psicologia Via Monte Zovetto, 18 Cuneo | 7-10 giorni |
| | Visita radioterapica | | |
| | Consulenza psicologica | | |

| | | | |
|---|----------------------|--|-------------|
| Pazienti operati con diagnosi di TUMORE MIDOLLARE DELLA TIROIDE AD ALTO RISCHIO DI RECIDIVA | Visita radioterapica | Dopo discussione GIC post operatoria e se indicato il trattamento, il personale medico del CAS emette la prescrizione dematerializzata ed in collaborazione con il personale infermieristico prenota la visita radioterapica (A). Sede visita radioterapica Radioterapia PO S.Croce | 7-10 giorni |
|---|----------------------|--|-------------|

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2017.

TUMORE DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE

Lo scopo del follow up è valutare lo stato di malattia (assenza/persistenza/recidiva).

L'assenza di malattia viene definita da:

- Non evidenza clinica di tumore
- Non evidenza morfologica di tumore (US negativa e assenza di captazione al WBS post tiroidectomia se eseguito, FDG-PET negativa se eseguita)
- Livelli di TG < 0.2 ng/ml in corso di terapia soppressiva o < 1 ng/ml dopo stimolo (con rhTSH) o in sospensione di terapia.

| Stato di malattia | Procedura | Periodicità | Dove viene svolta |
|---|--|-------------------------------|--|
| <u>Pz a basso rischio o rischio intermedio</u> sottoposti a tiroidectomia totale o a lobectomia/lobectomia + istmectomia e che non effettuano TRM con I-131 | TG, ab antiTG, TSH, ETG collo, eventuale WBS diagnostico sulla base di valori post-intervento di TG | Follow up iniziale (1-3 mesi) | Day Service Endocrinologia, Ambulatorio Oncologia Tiroidea |
| <u>Pz a rischio intermedio/alto dopo trattamento con I-131</u> | Dopo la terapia con I-131 il paziente, su indicazione del Medico Nucleare dell'Ospedale Mauriziano di Torino ritorno a visita endocrinologica per il proseguimento del follow-up. Si accede a visita endocrinologica contattando direttamente l'ambulatorio di oncologia tiroidea. | Follow up 6-12 mesi | Day Service Endocrinologia, Ambulatorio Oncologia Tiroidea |
| | Esami: HTG, ab antiTG, TSH, FT4, ETG collo, Test al Thyrogen; se necessari: WBS diagnostico, | | Day Service Endocrinologia, Ambulatorio Oncologia Tiroidea |

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| | CT/RMN, FDG-PET. | | |
| Durante il follow up i pazienti inizialmente classificati a rischio intermedio- alto , vengono riclassificati in base alla risposta alla terapia in 4 categorie: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Risposta eccellente • Risposta biochimica incompleta (persistenza/incremento dei valori di TG o di ab antiTG in assenza di malattia localizzabile) • Risposta strutturale incompleta (persistenza o identificazione di nuove metastasi in sede locoregionale o a distanza) • Risposta indeterminata (reperti biochimici, strutturali o funzionali che non possono essere classificati né come risposta eccellente né come malattia persistente) | | | |
| Sulla base della risposta viene modulato il successivo follow up. | | | |
| Basso rischio o rischio intermedio con risposta eccellente (ATA) | TG ogni 12-24 mesi, periodico esame ecografico. | Follow up a lungo termine: | Day Service Endocrinologia, Ambulatorio Oncologia Tiroidea |
| Rischio alto (ATA): | TG ogni anno per almeno 5 anni. Periodicamente ETG collo/CT/RMN. | | |

CARCINOMA MIDOLLARE DELLA TIROIDE

| Procedura | Periodicità | Dove viene svolta |
|--|--|---|
| Calcitonina e CEA | Dopo 3 mesi dall'intervento | DS Endocrinologia PO A.Carle |
| Calcitonina e CEA con eco collo | Ogni 6 mesi per il I anno, poi annuale | DS Endocrinologia PO A.Carle |
| Calcitonina in aumento e >150: eco + es.diagnostici II liv | | DS Endocrinologia PO A.Carle Servizi diagnostici aziendali |
| Calcitonina doubling time < 6 mesi :es-diagnostici II liv | | DS Endocrinologia PO A.Carle Servizi diagnostici aziendali |

CARCINOMA ANAPLASTICO DELLA TIROIDE

Si fa riferimento al PDTA "Carcinoma anaplastico della tiroide" elaborato dal G.d:S Tumori della Tiroide e delle Ghiandole Endocrine Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

Altre procedure correlate al follow up

Il follow-up è a cura dell'Endocrinologo e dell'Oncologo. Le attività vengono programmate in ambito del DS di Endocrinologia e di Oncologia.

| | |
|---|---|
| Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure programmate | <i>Si</i> |
| Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico | <i>No</i> |
| Consegna della programmazione del follow up | <i>No</i> |
| Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico | <i>Si</i> <i>Contatto telefonico CAS Tumori della Tiroide ed Endocrini 0171/616898</i> |

Documenti allegati

- Allegato 1: Percorso chirurgico aziendale per il paziente con diagnosi sospetta o certa di neoplasia tiroidea

Documenti correlati

- PDTA_018_Centro Accoglienza e Servizi (CAS) AO S. Croce e Carle Cuneo
- Diagramma di Flusso PDTA Tumori della Tiroide e follow-up
- Indicatori aziendali per il monitoraggio dei PDTA Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Bibliografia

- Linee Guida AIOM 2017
- Linee guida A.T.A. : Thyroid Nodule/DTC. Thyroid 2016
- Linee guida AME AACE : Thyroid nodule management, Endocr Pract. 2016
- Joo JY, Park JY, Yoon YH, Choi B, Kim JM, Jo YS, Shong M, Koo BS. Prediction of Occult Central Lymph Node Metastasis in Papillary Thyroid Carcinoma by Preoperative BRAF Analysis Using Fine-Needle Aspiration Biopsy: A Prospective Study. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97:3996-4003).
- Linee guida Club UEC
- Aress Regione Piemonte. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle malattie tiroidee, 2010
- Coopers D.S, Doherty G.M, Haugen B.R et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2009;19:1167-214
- Smallridge R.C, Ain K.B, Asa S.L, Bible Kc. et al. American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. Thyroid 2012; 22: 1104-1139
- Pacini F, Schlumberger M, Dralle H. et al. European Consensus for management of patient with differentiated thyroid carcinoma of follicular epithelium. Eur. J. Endocrinol 2006; 154: 787-803
- Lodish M. Multiple Endocrine Neoplasia Type 2. Horm. Res 2013; 41: 16-29
- Richard T, Kloos C, Douglas B, et al. The American Thyroid Association Guidelines Task Force Medullary Thyroid Cancer. Thyroid 2009; 19 (6) 565-612
- PDTA carcinoma anaplastico della tiroide G.d.S. Tumori della tiroide e ghiandole endocrine –Rete Oncologica del Piemonte e valle d'Aosta
- Yoshida A, Sugino K, Sugitani I, Miyauchi A. Anaplastic thyroid carcinomas incidentally found on postoperative pathological examination. World J Surg 2014; 38:2311-16
- Brignardello E, Palestini N, Felicetti F, Castiglione A, Piovesan A, Gallo M, Freddi M, Ricardi U, Gasparri G, Ciccone G, Arvat E, Boccuzzi G. Early surgery and survival of patients with anaplastic thyroid carcinoma: analysis of a case series referred to a single institution between 1999-2012. Thyroid 2014;24:1600-6
- Haugen BR, Alexander EK, Bible KC et al. (2016) American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 26 1:1-133
- Castagna MG, Maino F, Cipri C, et al: Delayed Risk Stratification, to include the response to initial treatment (surgery and radioiodine ablation), has better outcome predictivity in differentiated thyroid cancer patients. Eur J Endocrinol 165:441-6, 2011.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

PERCORSO CHIRURGICO AZIENDALE PER IL PAZIENTE CON DIAGNOSI SOSPETTA O CERTA DI NEOPLASIA TIROIDEA

FASE CHIRURGICA PREOPERATORIA, OPERATORIA E POSTOPERATORIA

1. Presa in carico chirurgica

Attori principali: Chirurgo Generale, Chirurgo ORL

Attività:

In accordo con le valutazioni prese collegialmente durante il GIC, il CAS provvede a prenotare la visita chirurgica nell'ambulatorio di Chirurgia della Tiroide, dove il Chirurgo/ Otorinolaringoiatra cervico-facciale pianifica l'intervento chirurgico:

- prende visione della documentazione del paziente, illustra al paziente il quadro clinico fornendo informazioni sulla malattia, sulle opzioni terapeutiche e sulle loro conseguenze dando per ogni singolo caso un giudizio ponderato sulla aspettativa e qualità;
- rilascia una breve relazione clinica al Medico Curante proponendo il ricovero;
- provvede alla compilazione della proposta di ricovero da inviare al Centro Prenotazione Ricoveri Chirurgico (CPRC) per pianificazione ricovero / intervento (identificazione paziente, recapito telefonico, priorità, eventuali note cliniche informative, approfondimenti ulteriori, consulti, integrazioni diagnostiche).

2. Paziente candidato ad intervento chirurgico: attività a carico del CPRC e del Day Service

Attori principali: Personale CPRC - Day Service, Chirurgo generale, Chirurgo ORL

Attività:

Il CPRC (Centro Programmazione Ricoveri Chirurgici), secondo le indicazioni aziendali, provvederà a organizzare gli approfondimenti richiesti / necessari per l'intervento nel più breve tempo possibile in base alla classe di priorità.

In particolare:

- Il CPRC contatta il paziente e lo convoca per gli esami preoperatori/approfondimenti;
- In Day Service il paziente viene sottoposto agli esami preoperatori (ematochimici e strumentali), alla valutazione anestesiológica, alla visita otorinolaringoiatrica con esecuzione di laringoscopia per documentare anche la motilità delle corde vocali e ad eventuali visite specialistiche;
- Il personale del CPRC, in collaborazione con il proponente, stabilisce la data del ricovero e la comunica al paziente fornendo indicazioni sulla preparazione all'intervento (preparazione farmacologica, fisica, ecc...).

3. Intervento chirurgico

Le possibili tipologie di interventi chirurgici tiroidei secondo le linee guida internazionali sono:

1. LOBOISTMECTOMIA TOTALE: Consiste nell'asportazione completa di un lobo con l'istmo e l'eventuale processo piramidale;

2. ISTMECTOMIA: Consiste nella resezione dell'istmo e dell'eventuale processo piramidale;

3. TIROIDECTOMIA TOTALE e la TIROIDECTOMIA quasi totale: ("near total" secondo la letteratura anglosassone, se residuo parenchimale sia non superiore a 1 cm³ di volume).

3.1 Indicazioni all'intervento in base alla citologia

→ Chirurgia per lesioni indeterminate Tir 3

Per pazienti con nodulo isolato indeterminato, che preferiscono una procedura chirurgica limitata, viene indicata la lobectomia (loboistmectomia totale/ istmectomia per nodi di piccole dimensioni a sede strettamente istmica)

E' indicata la tiroidectomia totale o near total se:

- Il rischio è maggiore per tumori di grandi dimensioni (>4 cm), con atipie cellulari documentate alla biopsia, in pazienti con familiarità per carcinoma tiroideo e in pazienti con anamnesi positiva per esposizione a radiazioni ionizzanti (Grado di raccomandazione:A)

- Pazienti con noduli indeterminati che hanno patologia nodulare bilaterale, coesistente patologia disfunzionale (ipotiroidismo autoimmune) positività dei marcatori immunocitochimici o molecolari (b-RAF..) o che preferiscono la tiroidectomia totale per evitare la possibilità di dover ricorrere a un secondo intervento di radicalizzazione (Grado di raccomandazione: C)

→Chirurgia in caso di lesioni Tir 4 Tir 5

Viene in genere raccomandata la tiroidectomia totale o quasi- totale in caso di carcinoma primitivo di dimensioni >1 cm o in caso di presenza di noduli nel lobo controlaterale o se sono presenti foci metastatici o se il paziente ha subito terapia radiante di testa e collo o se un familiare di primo grado ha anamnesi positiva per CDT. La lobectomia tiroidea potrebbe essere un trattamento sufficiente per tumori di piccole dimensioni (<1 cm), a basso rischio, unifocali, intratiroidei, in assenza di precedente irradiazione di testa e collo, o senza evidenza clinica o radiologica di coinvolgimento linfonodale cervicale. (Grado di raccomandazione: A)

L'età avanzata (>45 anni) può essere un'indicazione al trattamento chirurgico totale o quasi- totale .

→La Radicalizzazione (totalizzazione in pregressa lobectomia)

La totalizzazione della lobectomia dovrebbe essere consigliata a tutti i pazienti con carcinomi tiroidei, eccetto quelli con tumori di piccole dimensioni (<1 cm), unifocali, intratiroidei, con negatività linfonodale e a basso rischio. (Grado di raccomandazione: B).

3.2 DISSEZIONE LINFONODALE

I tumori maligni della tiroide, particolarmente i carcinomi papillifero e midollare, coinvolgono frequentemente i linfonodi cervicali (comparto centrale, corrispondente al livello VI della classificazione AAO-AHNS e il comparto laterocervicale omolaterale al tumore, livelli IIA, III, IV e VB).

Si utilizza la definizione di:

1. **DISSEZIONE LINFOGHIANDOLARE DEL COMPARTIMENTO CENTRALE VI livello:** nell'asportazione del connettivo e dei linfonodi prelaringei, paratracheali (ricorrenziali) e pretracheali o del solo DELL'EMICOMPARTO CENTRALE OMOLATERALE al tumore per minimizzare il potenziale incremento della morbilità
2. **DISSEZIONE LINFOGHIANDOLARE LATERO-CERVICALE:** nell'asportazione del connettivo e dei linfonodi di più livelli compresi fra il II e il V secondo i criteri di Suarez-Bocca.

La dissezione terapeutica linfonodale deve essere eseguita :

- a) Se vi sia un coinvolgimento clinico dei linfonodi del compartimento centrale (dissezione del compartimento centrale del collo (livello VI) (Grado di raccomandazione: B) o dissezione terapeutica del compartimento linfonodale se una biopsia linfonodale abbia dimostrato la presenza di malattia metastatica a tale livello .
- b) In casi di tumore primitivo in fase avanzata (T3 o T4) può essere praticata la dissezione profilattica del compartimento centrale (ipsi- o bilaterale).(Grado di raccomandazione: C)

3.3 TRATTAMENTO CHIRURGICO TUMORI TIROIDEI per il CARCINOMA MIDOLLARE

Le caratteristiche biologiche del carcinoma midollare prevedono scelte chirurgiche con Tiroidectomia totale e linfadenectomia centrale di principio, pur rimanendo ancora controversa l'indicazione alla linfadenectomia laterocervicale profilattica, indicata in tutti i casi di CMT nei quali vi sia il sospetto clinico, ecografico, intraoperatorio di malattia linfonodale metastatica a questo livello.

3.4 TRATTAMENTO CHIRURGICO TUMORI TIROIDEI per il CARCINOMA INDIFFERENZIATO O ANAPLASTICO

La terapia di prima scelta è l'intervento chirurgico di tiroidectomia totale da eseguire in tutti i casi dove si abbia la possibilità di una rimozione radicale della neoplasia, quando vi sia una sufficiente probabilità di successo ed un rischio accettabile ed eseguita nel più breve tempo possibile (indicativamente: entro una settimana dalla visita GIC). La linfadenectomia può essere presa in considerazione, se vi sono linfonodi clinicamente evidenti. Anche nelle forme non completamente reseccabili, al fine di ridurre o rallentare la rapida evoluzione clinica, può essere consigliato un "debulking" chirurgico, che presenta un maggior impatto sulla sopravvivenza globale rispetto alla sola biopsia chirurgica; inoltre spesso si rende necessaria la tracheotomia per risolvere una dispnea laringea da diplegia respiratoria.

4. Paziente candidato ad intervento chirurgico: attività a carico del Reparto di degenza

I pazienti candidati ad intervento chirurgico sono ricoverati e seguiti nella struttura di pertinenza Chirurgia generale ed Oncologica o ORL

Responsabile: *Chirurgo generale, Chirurgo ORL, Infermiere Chirurgia Generale, Infermiere Chirurgia ORL*

Attività:

Ingresso del paziente nella Struttura di ricovero

Il paziente viene ricoverato il giorno stesso dell'intervento chirurgico.

All'atto del ricovero si procede alla compilazione della cartella clinica ed infermieristica e della scheda aziendale di rilevazione rischio cadute. Si posiziona inoltre il braccialetto identificativo, compilazione della check-list pre-operatoria.

Vengono attuate la prevenzione della trombosi venosa profonda e la profilassi antibiotica seguendo le linee di indirizzo aziendali.

La preparazione del paziente mediante: tricotomia, eventuale posizionamento di calze elastiche antitrombotiche, rimozione di monili e protesi, avviene nel rispetto delle indicazioni aziendali in vigore e in relazione all'orario definito dell'intervento.

Percorso del paziente nel Blocco Operatorio

La procedura chirurgica viene espletata secondo i criteri oncologici precedentemente elencati.

Al termine dell'intervento, il paziente viene generalmente osservato presso la Recovery Room del Blocco Operatorio per stabilizzare le condizioni generali. Dopo alcune ore il paziente può rientrare nel reparto di degenza o in Rianimazione in casi selezionati.

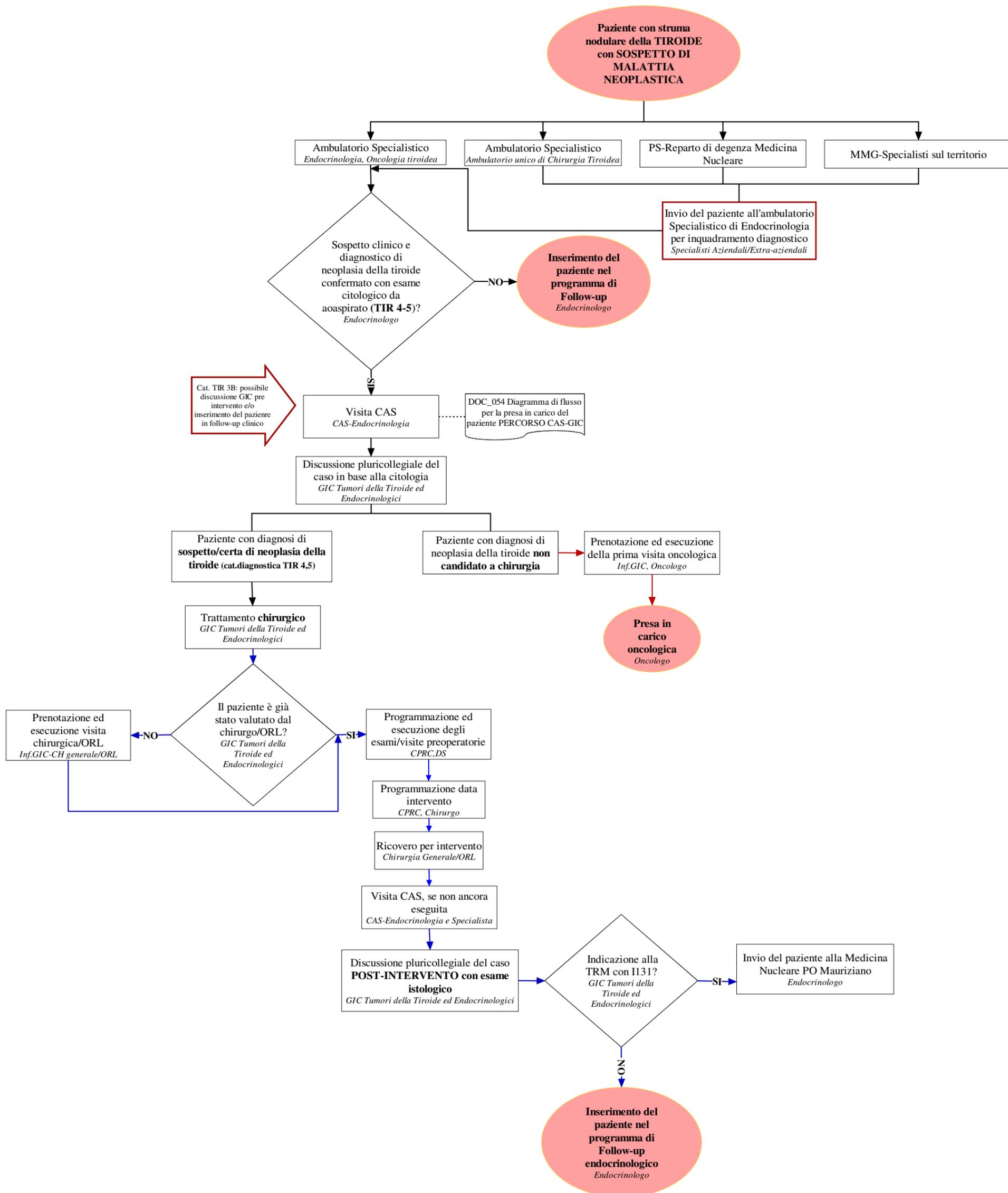
Decorso post-operatorio:

Una volta accompagnato il paziente nella struttura di degenza si provvede a:

- verifica terapia prescritta;
- monitoraggio pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione O₂;
- controllo e verifica corretto funzionamento dei drenaggi chirurgici e eventuale ferita;
- richiesta di esami ematochimici di controllo da eseguirsi in prima giornata post-operatoria;
- controllo corretto funzionamento dell'analgesia ed eventuali disturbi (in particolare parestesie).

Nei giorni successivi e in assenza di particolari problematiche è prevista:

- dimissione in base all'andamento clinico;
- programmazione discussione interdisciplinare del caso clinico appena disponibile esame istologico definitivo per impostazione iter successivo



| | | |
|--|---|--|
|  A.O. S. Croce e Carle Cuneo | DOC_060 Diagramma di flusso presa in carico del paziente con Tumori della tiroide: TRATTAMENTO E FOLLOW-UP | Data prima emissione: |
| | Correlato al PDTA_004_ Tumori della Tiroide e Follo up | Data ultima revisione: 10/11/2018 Revisione n. 00 |

| Stesura | | | Verifica/Approvazione | Emissione |
|--|------------------------|-------------------------------|---|---|
| Qualifica | Nome Cognome | Firma | Dott. Alessandro Garibaldi Direttore Sanitario di Presidio f.f. <i>(firmato in originale)</i> | Dott.ssa Paola Malvasio Direttore Sanitario d'Azienda <i>(firmato in originale)</i> |
| Coordinatore GIC Tumori della Tiroide ed Endocrinologici AO S. Croce e Carle Cuneo | dott.ssa Flora Cesario | <i>(firmato in originale)</i> | | |