

Nodulo singolo	→	Sempre se > 1.0
	→	In caso di coesistenza di criteri ecografici o clinici di sospetto se < 1.0
Gozzo multinodulare	→	Nodulo prevalente
	→	Noduli più piccoli con criteri ecografici di sospetto
Nodulo che mostri crescita o che mostri modifica di caratteri ecostrutturali	→	Ripetere sempre almeno una volta

Tab. 5.

Strategie terapeutiche del carcinoma tiroideo differenziato

Il trattamento iniziale del carcinoma differenziato della tiroide (CDT) prevede l'asportazione chirurgica totale della ghiandola e la successiva terapia ormonale a vita con L-tiroxina (LT4). Tranne che in casi selezionati a basso rischio (come riportato in seguito), il trattamento viene completato con la somministrazione di radioiodio (131I) a scopo ablativo di eventuali residui tiroidei. L'iter terapeutico è schematicamente sintetizzato nella figura 6.

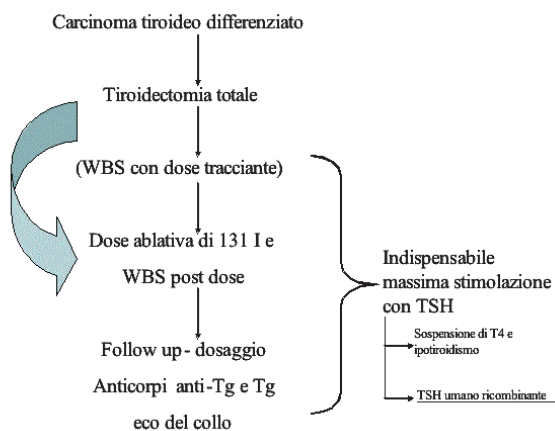


Fig. 6.

Trattamento chirurgico

La tiroidectomia totale rappresenta l'intervento d'elezione in quanto permette di asportare tutti i foci neoplastici presenti, di eseguire il successivo trattamento ablativo con 131I e di sorvegliare facilmente il paziente con dosaggio della tireoglobulina (Tg) ematica circolante.

Trattamento con radioiodio

Il trattamento ablativo del CDT con 131I consiste nella distruzione del normale tessuto tiroideo residuo, quasi sempre presente anche dopo tiroidectomia totale, ed eventualmente di cellule di cellule tumorali. Scopo principale del tratamen-

to è quello di facilitare il *follow-up*, rendendo non dosabile la Tg ematica circolante. Il trattamento ablativo permette anche di distruggere eventuali microfocolai neoplastici presenti nel tessuto tiroideo residuo. Nei *soggetti a basso rischio*, cioè con carcinomi papillari monofocali, senza metastasi linfonodali o a distanza, di dimensioni pari o inferiori a 1 cm (pT1aN0M0 secondo la classificazione TNM), la prognosi dopo intervento chirurgico è così favorevole che ulteriori trattamenti non possono migliorarla significativamente. In questi casi il trattamento ablativo con 131I di routine non è indicato. La preparazione al trattamento con radioiodio prevede un adeguato grado di stimolazione endogena o esogena del TSH, l'adozione di una dieta ipiodica e l'esclusione di possibili interferenze da parte di farmaci e composti a ricco contenuto iodico. La stimolazione endogena del TSH avviene tramite la sospensione della terapia con L-tiroxina, mentre la stimolazione esogena viene effettuata tramite l'utilizzo del TSH ricombinante umano (rhTSH) (figura 7). Allo scopo di evidenziare il maggior numero di lesioni iodocaptanti e di effettuare un'accurata stadiazione della malattia, 3-7 giorni dopo la somministrazione del trattamento ablativo viene eseguita una scintigrafia corporea totale (WBS: whole body scan).

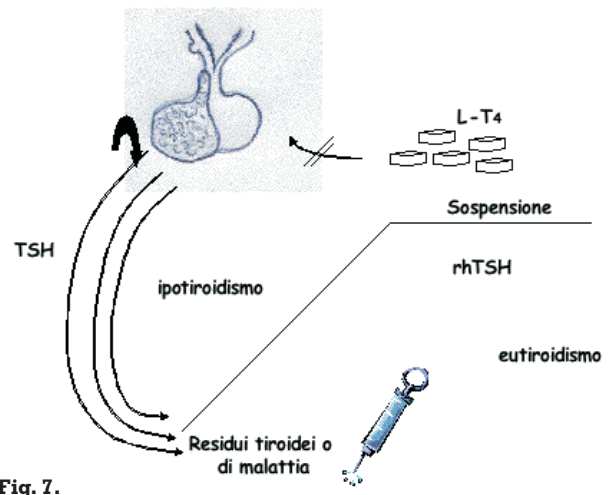


Fig. 7.