

Trattamento ormonale

I pazienti sottoposti a tiroidectomia per CDT devono essere trattati con L-tiroxina (LT4) al duplice scopo di correggere l'ipotiroidismo indotto dalla chirurgia e sopprimere i livelli ematici di TSH endogeno. La soppressione della secrezione ipofisaria di TSH, ottenuta con dosi sovrafisiologiche di LT4 e attraverso meccanismo di *feed-back* negativo, è necessaria perché il TSH è il principale fattore di regolazione della crescita e della differenziazione della cellula tiroidea. Nei pazienti con malattia persistente o con elevato rischio di recidiva o mortalità tumore-specifica i livelli di TSH devono pertanto essere mantenuti $\leq 0.1 \mu\text{UI/ml}$, in assenza di controindicazioni specifiche. Nei pazienti classificati a "basso rischio" ed in quelli in cui si è ottenuto un grado di cura completo, è sufficiente un minore grado di soppressione, mantenendo il TSH nel *range* compreso tra 0.1-0.5 $\mu\text{UI/ml}$.

Follow-up

Linee guida recenti suggeriscono un primo follow-up 6-12 mesi dopo il trattamento iniziale, basato sul dosaggio della tireoglobulina sierica stimolata dal TSH ricombinante umano (rhTSH) e sull'ecografia del collo. La scintigrafia totale corporea (WBS) diagnostica con ^{131}I non è più raccomandata, a causa della sua bassa sensibilità.

Il valore della Tg, dopo stimolazione con TSH in assenza di anticorpi anti-tireoglobulina, deve risultare $< 1 \text{ ng/ml}$.

Strategie terapeutiche del carcinoma midollare

Il trattamento chirurgico rappresenta il trattamento iniziale del carcinoma midollare, lo scopo deve essere quello di rimuovere completamente la neoplasia e le eventuali metastasi. Dibattuto è l'utilizzo dello ^{131}I dopo l'intervento. Ovviamente le cellule parafollicolari non captano lo iodio, ma possono subire irraggiamento dalle cellule follicolari contigue che abbiano captato il radioiodio. Dopo l'intervento andrà iniziato il trattamento con L-tiroxina a dosaggio solo sostitutivo in quanto non vi è indicazione a tenere il TSH basso. Il dosaggio della calcitonina e del CEA andranno eseguiti non prima di due mesi dall'intervento.

Strategie terapeutiche del carcinoma anaplastico

Il carcinoma anaplastico della tiroide rappresenta una tra le più aggressive e letali neoplasie solide. Fattori clinico-patologici associati a peggiore prognosi sono il sesso maschile, un diametro tumorale elevato ($>5 \text{ cm}$), la diffusione metastatica, un'età avanzata, la presenza di sintomi locali acuti e la leucocitosi alla diagnosi. Oltre all'elevata capacità metastatizzante (il 50% dei pazienti presenta una diffusione metastatica di malattia alla diagnosi), la cattiva prognosi è determinata dall'aggressività locale della malattia; la maggior parte dei pazienti, infatti, muore per complicanze locali come l'ostruzione delle vie aeree superiori. Per questo motivo un momento fondamentale nella terapia di queste neoplasie consiste in un trattamento loco-regionale aggressivo, di natura chirurgica e/o radio-chimioterapica.

Prognosi generale

Nella figura 8 sono riportati i tassi di sopravvivenza dei carcinomi tiroidei.

Conclusione

Sebbene il carcinoma tiroideo rappresenta una neoplasia a prognosi favorevole, non bisogna dimenticare che la mortalità, soprattutto per le forme a minor differenziazione, è possibile e che in alcuni casi la malattia è curata a scapito di multipli interventi chirurgici e dosi ripetute di radioiodio. Sebbene l'alta prevalenza di patologia nodulare rappresenta un elemento di "imbarazzo", la diagnosi è mandatoria e la gestione di questo tipo di neoplasia dovrebbe essere affrontata da un'équipe multidisciplinare con esperienza nel campo.

Fig. 8.

