

## Il carcinoma tiroideo

Il carcinoma della tiroide è una tumefazione o un nodulo che compare nell'ambito della ghiandola tiroide.

Il carcinoma della tiroide non è particolarmente frequente, interessando solamente uno su 25.000 persone diagnosticate in Europa ed ha una maggiore incidenza nel sesso femminile rispetto a quello maschile.

Quali possono essere le **cause del carcinoma tiroideo**? Una parte dei pazienti è stato sottoposto in passato a radiazioni esterne in età pediatrica (in genere per patologie benigne del collo, come le tonsilliti recidivanti, gli angiomi cutanei, l'acne o per ridurre l'iperplasia timica), oppure può essere più frequente in famiglie con carcinoma tiroideo, ma spesso è di origine sconosciuta.

**Come può essere scoperto il carcinoma tiroideo?** Spesso è lo stesso paziente ad accorgersi di una tumefazione nella regione del collo. Tuttavia molti dei noduli hanno dimensioni talmente piccole da non essere scoperti dal paziente o dal medico all'esame obiettivo del collo ma richiedono l'intervento di strumentazione adeguata.

Appena scoperto un nodulo tiroideo si consiglia di eseguire una visita specialistica a cui generalmente segue un prelievo di sangue per la misurazione degli ormoni tiroidei liberi (FT3, FT4), dell'ormone ipofisario tireotropo (TSH), degli anticorpi antitireoglobulina e antitireoperossidasi (AbTg e AbTPO), della calcitonina (Ct). Successivamente a questa fase segue lo studio ecografico della regione del collo (tiroidea e logge laterocervicale) ed infine l'agoaspirazione tiroidea con ago sottile (FNAB) con l'esame citologico su agoaspirato del nodulo tiroideo.

Una volta posta la diagnosi di carcinoma tiroideo mediante l'agoaspirazione tiroidea con ago sottile e il conseguente esame citologico, la procedura è la **tiroidectomia totale o subtotale** a cui segue successivamente l'inizio della terapia con ormone tiroideo sintetico (l-tiroxina) che consente di mantenere basso il livello di TSH circolante che può rappresentare un fattore di crescita sulle cellule tumorali.

Il carcinoma della tiroide è rappresentato da alcuni **tipi istologici**: a) il carcinoma papillare (che include le forme miste papillari e follicolari) e che rappresenta circa il 75-80% dei carcinomi tiroidei, b) il carcinoma follicolare (10-15%), c) il carcinoma midollare (5%), d) il carcinoma indifferenziato o anaplastico (3%) e una miscellanea di tumori (comprendenti il linfoma, il fibrosarcoma, il carcinoma squamoso, l'emoangioteelioma, il teratoma, e le metastasi di altri carcinomi).

Il più frequente è il carcinoma papillare della tiroide che, insieme al carcinoma follicolare, rappresentano le forme ben differenziate. Il carcinoma midollare, il carcinoma a cellule di Hurthle e il linfoma della tiroide rappresentano le forme meno frequenti.

In caso di carcinoma differenziato della tiroide alla terapia chirurgica segue la misurazione della **tireoglobulina (Tg)** circolante che rappresenta l'espressione della presenza di cellule tiroidee (sia localmente sia eventualmente a distanza) e quindi è il marker del carcinoma differenziato della tiroide, e la **terapia radiometabolica con 131-I** che consente la eliminazione dei tessuti tiroidei residui presenti nella loggia tiroidea successivamente all'intervento chirurgico (ablazione). Questa terapia può essere svolta sia in condizioni di sospensione della terapia con ormone tiroideo sintetico (l-tiroxina) e quindi in ipotiroidismo, oppure più recentemente senza sospensione della terapia, ma dopo stimolazione con TSH ricombinante umano. Quest'ultima metodica consente di evitare i sintomi legati all'ipotiroidismo quali la depressione, la cute secca, la difficoltà alla concentrazione, l'incremento ponderale per la imbibizione dei tessuti e la ritenzione idrica, la costipazione, il senso di freddo e l'astenia profonda. D'altronde la condizione di TSH sierico

elevata è necessaria per la stimolazione delle cellule tiroidee sia per la produzione della Tg, che per la capacità di concentrare lo iodio.

Alla terapia radiometabolica segue la **scintigrafia totale corporea** che consente di visualizzare le sedi di concentrazione dello iodio radioattivo, permettendo di mappare la distribuzione delle cellule tiroidee nel corpo intero.

Eseguita la terapia radiometabolica viene di nuovo ripresa la terapia con ormone tiroideo sintetico a dosi soppressive la secrezione del TSH con controlli periodici della funzione tiroidea, del TSH, della Tg circolante, degli anticorpi antiTg e anti TPO, della ecografia della regione del collo, della scintigrafia totale corporea e/o del test della Tg con TSH ricombinante umano ed infine con controllo clinico.

La **qualità della vita** del paziente affetto da carcinoma differenziato della tiroide non viene assolutamente alterata e la quantità di vita non modificata, considerando che la sopravvivenza a distanza di 20 anni è di circa il 95%.

