



I TUMORI DELLA TIROIDE

La grande maggioranza dei noduli tiroidei è di natura benigna (99.7% in recenti casistiche); solo lo 0.3 % dei noduli è costituito da neoplasie maligne, principalmente rappresentate dai carcinomi tiroidei.

I **carcinomi** possono essere di vario tipo con maggiore o minore aggressività. I più comuni sono gli adenocarcinomi papillari o papillari-follicolari (misti) che si rilevano in circa il 60% dei tumori maligni della tiroide.

Tra le cause, benchè nella maggior parte dei casi restino sconosciute, è di particolare importanza l'esposizione a radiazioni ionizzanti alla regione del collo, eseguite anche 20-30 anni prima per tonsilliti, acne, eccessiva crescita del timo etc.; si tratta comunque di forme di terapia non più utilizzate. La carenza di iodio, la familiarità, le patologie autoimmunitarie della tiroide, sembrano esercitare un ruolo significativo nella genesi del tumore.



Il tumore si presenta in genere con il riscontro occasionale di un nodulo tiroideo, ed è quasi sempre privo di sintomatologia. Alla palpazione il nodulo è in genere duro, non dolente, singolo, ben mobilizzabile rispetto ai tessuti vicini; i linfonodi del collo possono essere ingrossati. Solo nelle forme già avanzate - oggi fortunatamente molto rare - sono presenti segni di compressione o di adesione ai tessuti e agli altri organi del collo (alterazione della voce, difficoltà a deglutire, tosse secca, affanno etc)

Per la sicurezza della diagnosi è fondamentale eseguire un esame citologico su agoaspirato in ambito di centri altamente specializzati con operatori di grande esperienza.

LABNEWS



ANNO 3

N° 2 FEBBRAIO 2008

BOLLETTINO DI INFORMAZIONE DEL CENTRO DIAGNOSTICO GAMMA GIOIA TAURO

Direttore Responsabile Dr Edoardo Macino

La terapia è chirurgica e consiste nella asportazione totale della ghiandola tiroidea seguita da irradiazione con radio iodio per distruggere anche eventuali frammenti residui di tessuto . Anche in caso di un tumore localizzato in un singolo nodulo è preferibile la rimozione chirurgica completa dell'intera ghiandola sia per la frequente policentricità del carcinoma, sia per la piu' facile sorveglianza di eventuali metastasi dopo l'intervento. Nei tumori di piccole dimensioni questo approccio

terapeutico radicale non è da tutti condiviso: secondo alcune scuole endocrinologiche asportare il solo nodulo tumorale e la porzione di ghiandola circostante non cambierebbe le possibilità di sopravvivenza e guarigione del paziente. **Dopo l'intervento e la somministrazione di radio iodio , il paziente deve sottoporsi a controllo specialistico ogni sei mesi** (esami di laboratorio, scintigrafia "total body", terapia con L-T4, eventuali nuove dosi di radioiodio, sorveglianza del metabolismo del calcio, etc).