



Allegato 7 : Trattamento chirurgico dei tumori della tiroide. Sintesi delle raccomandazioni

A cura del GdI Area Chirurgica

Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Validato dal Gruppo di Studio Tiroide

Anno di pubblicazione 2022

Anno di Revisione 2025

Estensori: Quaglino F (coordinatore), Borasi A., Bosso MC., Bossotti M., Caracciolo A., Costamagna D., Droz C., Lauro C., Lettini I., Oragano L., Palestini N., Pazziaia T., Scelsi DB.

TUMORE DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE

CONDIZIONE	PROCEDURA
Nodo citologicamente indeterminato (TIR 3 A/B)	<p>Osservazione, proponibile nei nodi a basso rischio (TIR3A), senza elementi clinico/ecografici di sospetto, asintomatici e di piccole dimensioni (indicativamente: <4 cm).</p> <p>Chirurgia negli altri casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loboistmectomia totale, se lobo controlaterale normale; • Tiroidectomia totale, se noduli bilaterali, storia di radioterapia su testa/collo/mediastino, familiarità per PTC, scelta del paziente (evitare il rischio di un reintervento di totalizzazione).
Nodo citologicamente sospetto (TIR 4)	<p>Da trattare come TIR 5, con eventuale esame istologico estemporaneo per la verifica della natura del nodo.</p> <p>Nel tumore differenziato della tiroide può essere indicata una linfadenectomia profilattica del comparto centrale omolaterale</p>
Carcinoma differenziato con diagnosi pre- (citologia TIR5) o intraoperatoria, clinicamente N0	<p>Una chirurgia limitata (loboistmectomia totale) è consigliata nei casi cT1a/b (dimensioni ≤2 cm), in assenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • caratteristiche citologiche di aggressività; • evidente multifocalità; • superamento della capsula tiroidea; • noduli nel lobo controlaterale; • storia di radioterapia su testa/collo/mediastino; • familiarità per PTC. <p>La tiroidectomia totale è raccomandata negli altri casi.</p> <p>Considerare anche la scelta del paziente (evitare il rischio di un reintervento di totalizzazione).</p> <p>Nel tumore differenziato della tiroide può essere indicata una linfadenectomia profilattica del comparto centrale omolaterale</p> <p>L'inserimento in un programma di sorveglianza attiva può essere considerata in tumori cT1a cN0 unifocali, non localizzati posteriormente o adiacenti a trachea/esofago, senza storia di radioterapia su testa/collo/mediastino o familiarità per PTC, soprattutto in pazienti anziani, con comorbilità rilevanti e/o altre patologie neoplastiche in corso di trattamento.</p>
Carcinoma differenziato con diagnosi pre- (citologia TIR5) o intraoperatoria, clinicamente N1a/b	<p>Linfadenectomia terapeutica, in aggiunta alla tiroidectomia totale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cN1a: linfadenectomia cervicale centrale; • Se cN1b: linfadenectomia laterocervicale "compartment oriented" (inclusiva almeno dei livv. IIA, III, IV) + linfadenectomia centrale
Carcinoma differenziato diagnosticato all'esame istologico dopo una tiroidectomia parziale	<p>Completamento della tiroidectomia, nei casi in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sarebbe stata proposta una tiroidectomia totale se la diagnosi fosse stata disponibile preoperatoriamente; • l'esame istologico depone per un tumore aggressivo, o segnala metastasi linfonodali di dimensioni >2mm;

	<ul style="list-style-type: none"> l'ecografia fa sospettare la presenza di foci neoplastici nel lobo residuo (da confermare possibilmente mediante FNA). <p>Il completamento della tiroidectomia non è obbligatorio ma va considerato in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> multifocalità; riscontro istologico di focale estensione extratiroidea o di micrometastasi linfonodali (dimensioni ≤ 2 mm)
Carcinoma differenziato infiltrante le strutture aero- digestive (laringe, trachea, esofago)	<p>In caso di riscontro operatorio inatteso e di resezione incompleta, considerare reintervento dopo adeguata informazione del paziente.</p> <p>Raccomandato invio a Centri con adeguata esperienza e competenza.</p>
Carcinoma papillifero scoperto in gravidanza	<p>Stretto monitoraggio ecografico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se stabile e soprattutto se diagnosticato nella seconda metà della gravidanza, trattamento chirurgico dopo il parto; In caso di evidente progressione, trattamento chirurgico in gravidanza (idealmente nel secondo trimestre).
Persistenza o recidiva loco-regionale di carcinoma differenziato	<p>Persistenza/recidiva locale (letto tiroideo e/o linfonodi del compartimento centrale): exeresi e linfadenectomia centrale (considerare una linfadenectomia centrale monolaterale, in base a difficoltà tecniche ed esiti chirurgici precedenti);</p> <p>Persistenza/recidiva linfonodale laterocervicale: dissezione compartimentale se compartimento intatto; se già eseguita una linfadenectomia, exeresi mirata o completamento di una dissezione insufficiente.</p> <p>Considerare sorveglianza clinica in caso di recidiva isolata e di piccole dimensioni ≤ 1 cm), soprattutto se nei compartimenti laterali.</p>

CARCINOMA MIDOLLARE DELLA TIROIDE

CONDIZIONE	PROCEDURE
Carcinoma midollare (trattamento chirurgico iniziale)	<ul style="list-style-type: none"> Tiroidectomia totale con linfadenectomia cervicale centrale. Linfadenectomia compartimentale laterocervicale ipsi-/bilaterale, profilattica o terapeutica, sulla base della stadiazione clinica e/o dei livelli di calcitonina (Ctn).
Carcinoma midollare diagnosticato all'esame istologico dopo una tiroidectomia parziale	<p>Completamento della tiroidectomia, di regola con linfadenectomia cervicale centrale, in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carcinoma midollare familiare (accertata mutazione RET), - livelli di Ctn post-operatori oltre i limiti della norma, - evidenza ecografica di malattia residua. <p>Linfadenectomia compartimentale laterocervicale ipsi-/bilaterale, profilattica o terapeutica, sulla base della stadiazione clinica e/o dei livelli di Ctn.</p>
Paziente con persistenza o recidiva (cl clinicamente evidente o biochimica) di carcinoma midollare	<p>Malattia loco-regionale clinicamente evidente:</p> <ul style="list-style-type: none"> asportazione chirurgica (con eventuale linfadenectomia compartimentale centrale e/o laterocervicale); sorveglianza clinica, in relazione alla situazione individuale (rilevanza della malattia residua, possibilità di exeresi radicale, evidenza di metastasi a distanza, ritmo di progressione della malattia). <p>Evidenza biochimica di malattia: stretto follow-up; eventuale completamento di un trattamento iniziale inadeguato.</p>
Familiari portatori di mutazione RET, candidati a chirurgia profilattica/precoce	<p>Tiroidectomia totale (con eventuale linfadenectomia cervicale centrale, sulla base della stadiazione clinica e dei livelli di Ctn) nei tempi seguenti:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • mutazione M918T (altissimo rischio): entro il primo anno di vita; • mutazioni C634F o A883F (alto rischio): verso i 5 anni o prima, in caso di incremento dei livelli di Ctn; • altre mutazioni (rischio moderato): monitoraggio dai 5 anni, con dosaggio della Ctn ed ecografia cervicale a cadenza annuale; chirurgia in caso di incremento dei valori di Ctn o se richiesta da genitori/paziente. <p>Screening biochimico preliminare per feocromocitoma e iperparatiroidismo.</p>
--	---

Raccomandazione In ogni caso di prima diagnosi effettuare preliminarmente uno screening biochimico per feocromocitoma e iperparatiroidismo, e programmare indagine genetica per ricerca mutazioni gene RET

CARCINOMA ANAPLASTICO DELLA TIROIDE

Condizione	Procedure
ATC, stadio IVA⁽¹⁾ (malattia intratiroidea N0 M0)	Tiroidectomia totale con linfadenectomia cervicale centrale; eventuale linfadenectomia compartimentale laterocervicale ipsilaterale profilattica.
ATC, stadio IVB⁽¹⁾ (malattia extratiroidea N0-1 M0) Resezione R0/R1 presumibilmente possibile con morbilità accettabile	Tiroidectomia totale o quasi totale ⁽²⁾ allargata alle strutture adiacenti infiltrate, con linfadenectomia cervicale centrale; eventuale linfadenectomia compartimentale laterocervicale ipsilaterale profilattica o terapeutica. Evitare: laringectomia, esofagectomia, debulking R2, tracheostomia elettiva.
ATC, stadio IVC⁽¹⁾ (ogni T, ogni N, M1) Resezione R0/R1 a livello cervicale presumibilmente possibile con morbilità accettabile	Considerare la resezione palliativa della malattia cervicale, in base all'età, alle condizioni generali del paziente e all'estensione delle metastasi (trattamento analogo allo stadio IVB). Evitare: laringectomia, esofagectomia, debulking R2, tracheostomia elettiva.
ATC, stadio IVB/C⁽¹⁾ Resezione R0/R1 a livello cervicale impossibile ⁽³⁾	Considerare trattamento neoadiuvante (CHT+RT) per eventuale successivo trattamento chirurgico. Eventuali provvedimenti palliativi per garantire respirazione e alimentazione (endoprotesi tracheale, tracheostomia, gastrostomia).

Note

1. Ogni caso con diagnosi sospetta o accertata va indirizzato con la massima priorità ai centri di riferimento regionali.
2. In presenza di un tumore localizzato a un solo lobo tiroideo o con limitata estensione al lobo controlaterale, che abbia determinato la paralisi del NLR omolaterale e renda impossibile la conservazione delle paratiroidi omolaterali, va considerata l'opportunità di una resezione sub-/quasi totale del lobo controlaterale per minimizzare il rischio di paralisi ricorrente bilaterale e/o di ipoparatiroidismo permanente.
3. È generalmente giudicato non resecabile un tumore che presenti evidente invasione del tratto aero-digestivo, dei vasi mediastinici e della fascia prevertebrale.