

# Napoli SURGERY

**NAPOLI 27 – 28 SETTEMBRE**

Aula Magna Scuola di Medicina di Scampia  
Centro Congressi Università degli Studi di Napoli Federico II  
Via Valerio Verbano Snc, Scampia - Napoli

**Dott.ssa Claudia Misso**

UOSD Chirurgia endocrino  
ed ecoguidata

Direttore Prof. Stefano Spiezia  
PO Ospedale del Mare ASL Napoli 1  
centro

**Il Sessione: Chirurgia oncologica “ La presa in carico del paziente oncologico nella ASL Napoli 1 Centro: la ROC, i GOM, la Chirurgia Oncologica e altro”**

CON IL PATROCINIO DI:



**QUALI PERCORSI CHIRURGICI E SPECIALISTICI:  
LA ENDOCRINO CHIRURGIA**

**ORIGINALE**

Il Direttore della U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale, a seguito di istruttoria, dichiara la regolarità giuridico-amministrativa del provvedimento proposto.

U.O.C. Programmazione  
e Pianificazione Aziendale  
(timbro Direttore)  
Dott. Marco Papa



**DELIBERAZIONE  
del  
DIRETTORE GENERALE**

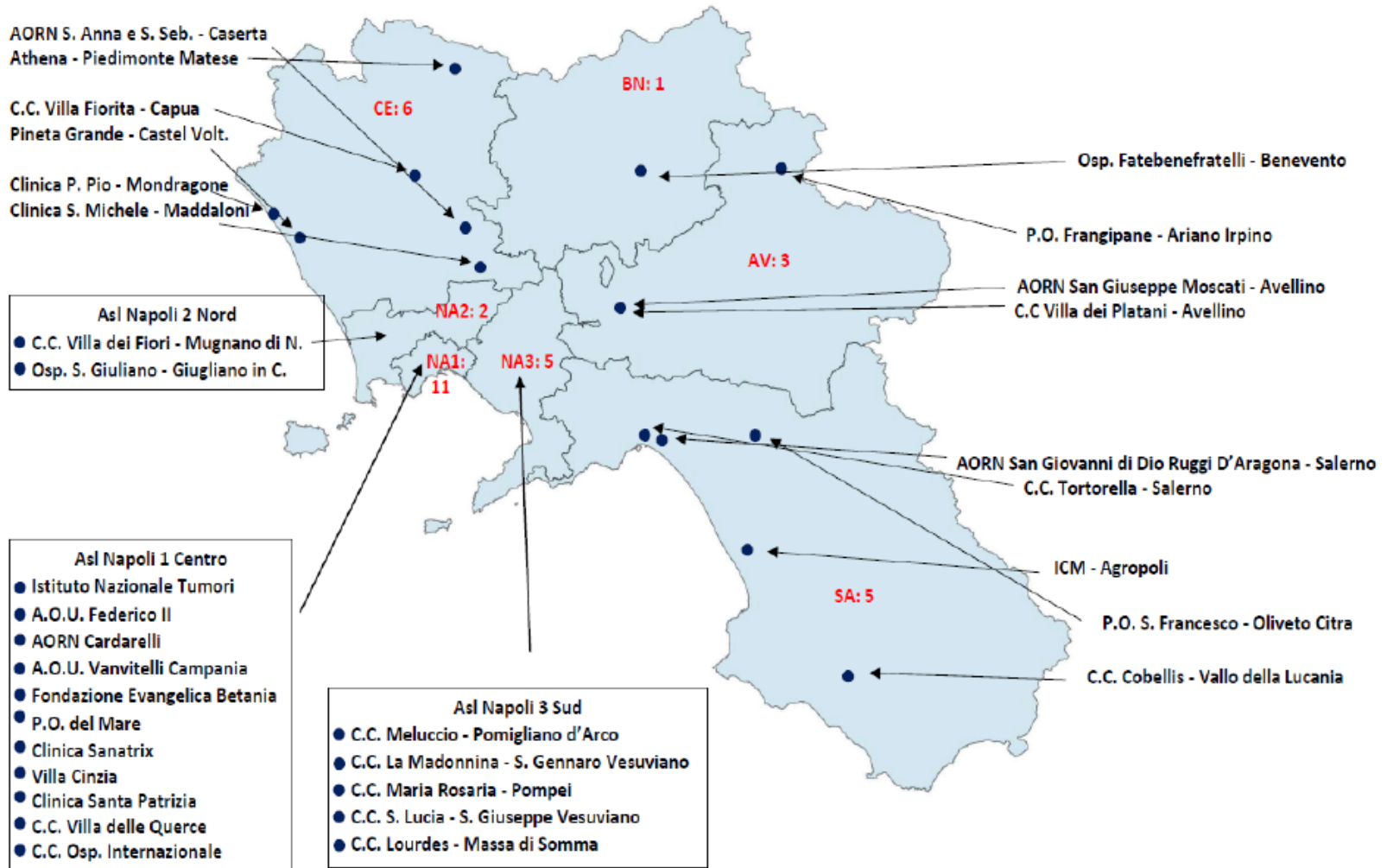
n° 693 del 24/05/2021

**U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale**

**OGGETTO:** Individuazione Gruppi Oncologici Multidisciplinari (G.O.M.) per colangiocarcinoma, carcinoma tiroideo, neoplasie neuroendocrine e tumore del rene P.O. Ospedale del Mare ai sensi dei DD.CC.AA. n. 19 del 05.03.18, n. 89 del 05.11.18 e n. 58 del 04.07.19 e del Decreto Dirigenziale n. 51 del 05.03.20 e modifica composizione G.O.M. per tumore del colon retto, tumori del sistema nervoso centrale, tumori del distretto testa-collo, tumori dello stomaco, tumori del pancreas, epatocarcinoma e tumori della mammella, di cui alle Delibere n. 361 del 29.04.19, n. 674 del 20.06.19 e n. 122 del 06.02.20

## RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore della Tiroide

**Strutture regionali abilitate ad entrare in rete in osservazione triennale 2022/2024: Nr 33**



***GIUGNO 2021- giugno 2023***

***220 SCHEDE GOM***

# QUALI PERCORSI CHIRURGICI E SPECIALISTICI: LA ENDOCRINO CHIRURGIA



---

**PRESA IN CARICO**  
(Core Team)

Oncologi Medici

Chirurghi Oncologi

Medici Nucleari

Radioterapisti

Endocrinologo

UOC Oncologia Medica

UOC Chirurgia

UOC Medicina Nucleare

UOC Radioterapisti

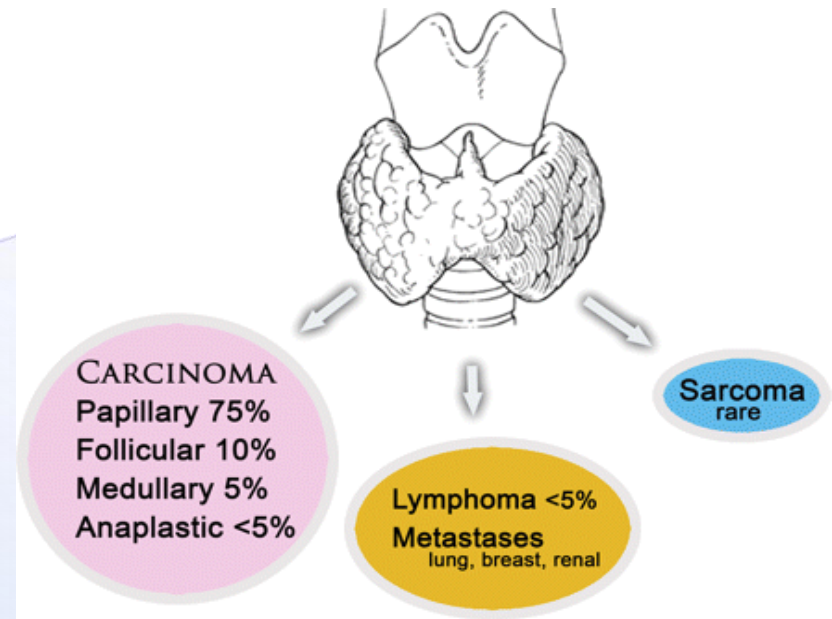
Thyroid Unit

UOC Endocrinologia



# FATTORI PROGNOSTICI

- VARIANTI ISTOLOGICHE
- ESTENSIONE DI MALATTIA
- Età, SESSO
- COESISTENZA DI PATOLOGIA AUTOIMMUNITARIA

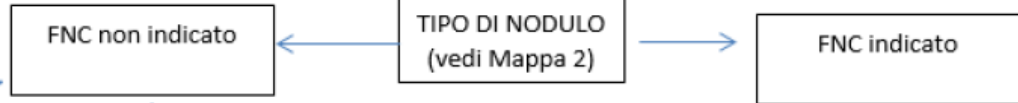


LA MAGGIORANZA DEI PZ CON CA DIFFERENZIATO HANNO ALTA PERCENTUALE DI GUARIGIONE E BASSA POSSIBILITA' DI RECIDIVA

GESTIONE DEL NODULO:



AMB. PAT. TIR. (APT) 1° visita



SENZA FATTORI DI RISCHIO

CON FATTORI DI RISCHIO

PROT. TIRNET

ESCE DAL PDTA

AMBU. PAT. TIR.

AMBU. AGOASP.

NEGATIVO (TIR2)

INDETERMINATO

SOSPETTO MALIGNO (TIR4-5)

TIR 3 A (senza mutazioni)

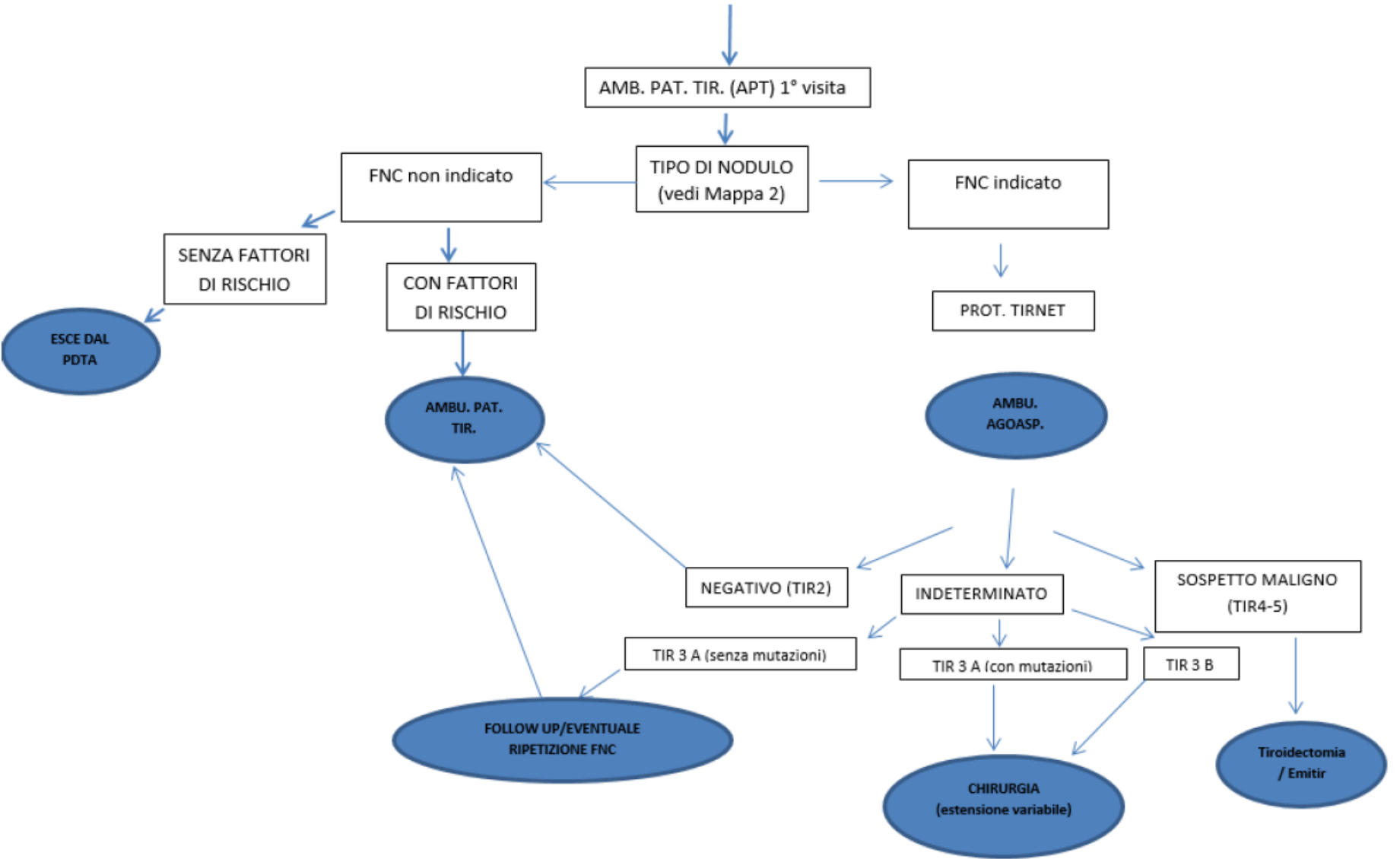
TIR 3 A (con mutazioni)

TIR 3 B

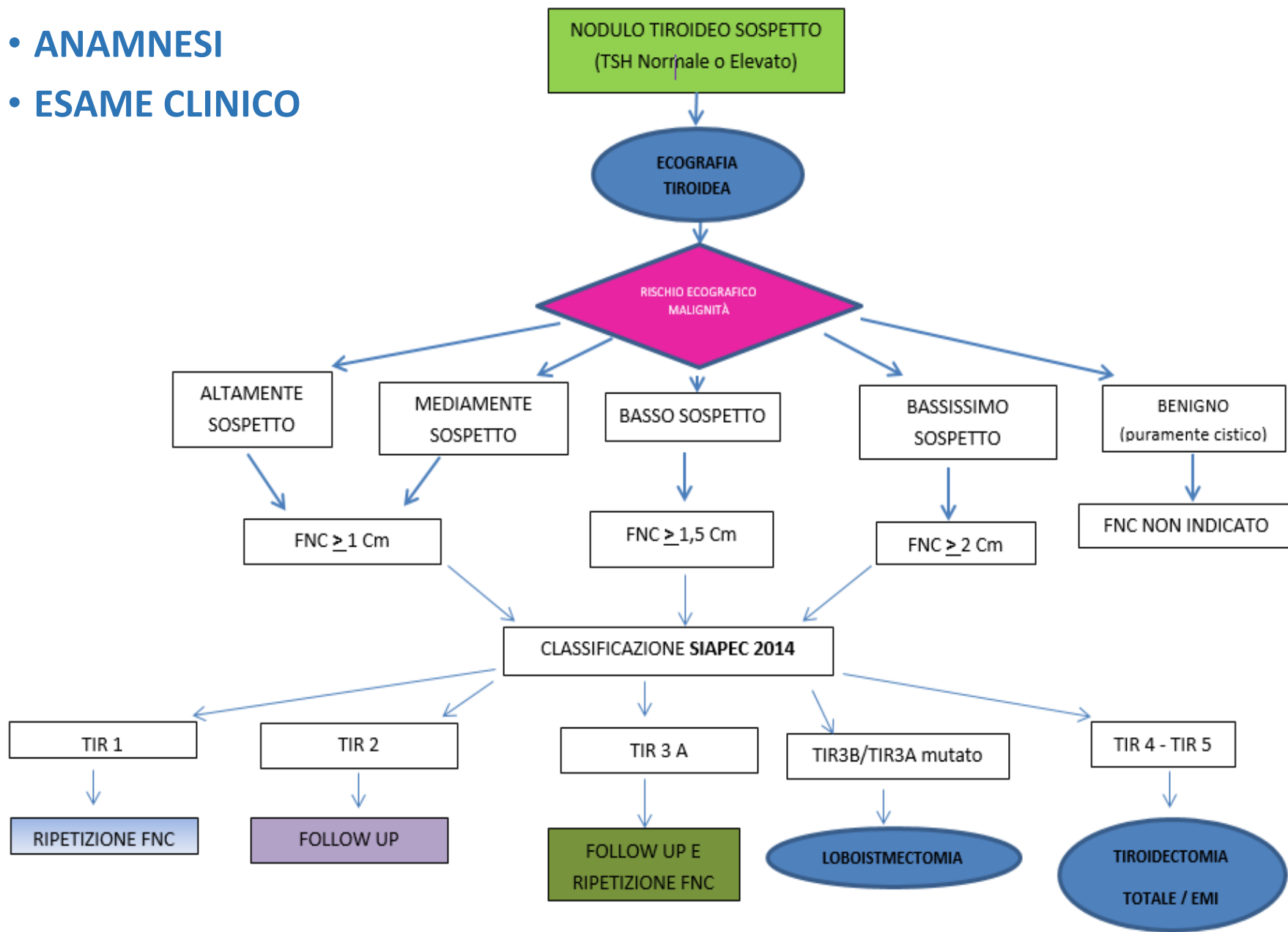
FOLLOW UP/EVENTUALE RIPETIZIONE FNC

CHIRURGIA (estensione variabile)

Tiroidectomia / Emitir



- ANAMNESI
- ESAME CLINICO





# ***VALUTAZIONE ECOGRAFICA***

- ◆ Microcalcificazioni
- ◆ Ipoecogenicità
- ◆ Margini irregolari
- ◆ Morfologia del nodulo
- ◆ Evidenza di estensione extracapsulare
- ◆ Vascolarizzazione intra-nodulare
- ◆ Rigidità all'elastasonografia

# Patologia nodulare



Estremamente comune, spesso scoperti incidentalmente in seguito ad esami di imaging come Ecodoppler TSA, RMN/TC collo o PET

Produrre un lessico per descrivere i noduli tiroidei

Sviluppare un sistema standardizzato di stratificazione del rischio basato sul lessico per informare i professionisti su quali noduli eseguire FNA-US

ORIGINAL ARTICLE HEALTH SERVICES RESEARCH AND POLICY

**ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee**

Franklin N. Tessler, MD, CM\*, William D. Middleton, MD\*, Edward G. Grant, MD, Jenny K. Huang, MRBS\*, Lincoln L. Berland, MD\*, Sharlene A. Toffy, MD\*, John J. Crman, MD, Michael D. Bekow, MD\*, Terry S. Deser, MD\*, Mary C. Prater, MD\*, Lynwood W. Hammers, DO\*\*, Ulrike M. Hamper, MD†, Jill E. Langer, MD†, Carl C. Reading, MD†, Leslie M. Scott, MD\*, A. Thomas Sasser, MD\*

European Thyroid Journal

Guidelines

European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS

Gilles Rizzo\*, Steen J. Bornsrøn\*, Murat Faik Erdogan†, Cosimo Durante†, Rose Ngui\*, Laurence Leenhardt\*

\*Thyroid and Endocrine Tumors, Institute of Endocrinology, Poma Specialist Hospital, Pavia and Mario Cusi University, Pavia, Italy; †Department of Endocrinology, Odette Sabotinsky Hospital, Odessa, Ukraine; ‡Department of Endocrinology and Metabolism, University of Ankara School of Medicine, Sait Yasa Halkara, Ankara, Turkey; §Department of Internal Medicine and Chief of Geriatrics, Superior University of Health, Beirut, Lebanon; ¶Thyroid Nodule and Thyroid Imaging, Department of Radiology, Cluj's and Iași's Thomas' Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK

AACE/ACE/AME Guidelines

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS, AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY, AND ASSOCIAZIONE MEDICI ENDOCRINOLOGI MEDICAL GUIDELINES FOR CLINICAL PRACTICE FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THYROID NODULES – 2016 UPDATE

## Consensus Statement AIT, AME, SIE & SIAPEC-IAP for the Classification and Reporting of Thyroid Cytol

<b>Codice</b>	<b>Categoria Diagnostica</b>	<b>Rischio di malignità atteso (%)</b>	<b>Azione clinica suggerita</b>
TIR1	Non diagnostico	Non definito	Ripetere FNA con guida ecografica
TIR1C	Non diagnostico cistico	Basso, variabile in base al quadro clinico	Valutare nel contesto clinico eventualmente ripetere FNA
TIR2	Non maligno/benigno	< 3	Follow up
TIR3A	Lesione indeterminata a basso rischio	< 10	Ripetere FNA/ follow up
TIR3B	Lesione indeterminata ad alto rischio	15-30	Exeresi chirurgica
TIR4	Sospetto di malignità	60-80	Exeresi chirurgica con eventuale esame intraoperatorio
TIR5	Maligno	95	Exeresi chirurgica Approfondimento diagnostico in casi selezionati

# PATOLOGIA TIROIDEA NODULARE SOSPETTA PER MALIGNITA'

- categorie citologiche TIR3B
- TIR4
- TIR5
- TIR3A portatori di mutazioni genetiche al pannello a 7 geni)



**CHIRURGIA**

# TEMPI DI AMMISSIONE ALLA CHIRURGIA

<b>Classe A</b> ricovero entro 30 gg dalla diagnosi/prenotazione
Pazienti con carcinoma anaplastico (immediato, entro qualche gg dalla diagnosi);
Pazienti della categoria TIR 5 con citologia positiva per carcinoma midollare (TIR 5 MID) (qualsiasi T)
Pazienti con carcinoma papillare o follicolare che presentino alla diagnosi metastasi locoregionali o a distanza
<b>Classe di priorità B</b> ricovero entro 60 gg dalla diagnosi/prenotazione
Pazienti con citologia delle categorie TIR 5 - T2-T3-T4
Pazienti con citologia delle categorie TIR 4 - T2-T3-T4
<b>Classe di priorità C</b> ricovero entro 180 gg dalla diagnosi/prenotazione
Pazienti con citologia delle categorie TIR 5 T1 microcarcinomi ( $\leq 1$ cm)
Pazienti con citologia delle categorie TIR 4 T1
Pazienti con citologia delle categorie TIR 3 B qualsiasi T
Pazienti con citologia TIR3 A (con mutazione) T2-T3-T4
<b>Classe di priorità D</b> ricovero entro 1 anno dalla diagnosi/prenotazione
Pazienti con citologia TIR3 A (senza mutazione) T2-T3-T4



# **DECISIONE TERAPEUTICA CDT**

- **SORVEGLIANZA**
- **LOBECTOMIA**
- **TIROIDECTOMIA TOTALE**



# **CHIRURGIA**

- ✓ **La completezza della resezione chirurgica costituisce un importante fattore capace di influenzare il risultato finale**
- ✓ **Eventuali linfonodi metastatici residui rappresentano il più comune sito di persistenza /ripresa malattia**
- ✓ **Ridurre al minimo la morbilità dovuta al trattamento**

# CHIRURGIA

## CARCINOMA DIFFERENZIATO TIROIDE

### ❖ TIROIDECTOMIA TOTALE

#### ▪ **RACCOMANDAZIONE 26**

In pazienti con tumore tiroideo >1 cm l'intervento di scelta dovrebbe essere una tiroidectomia totale o quasi-totale a meno di controindicazioni a questo tipo di procedure. La lobectomia tiroidea potrebbe essere un trattamento sufficiente per tumori di piccole dimensioni (<1 cm), a basso rischio, unifocali, papilliferi, intratiroidei, in assenza di precedente irradiazione di testa e collo, o senza evidenza clinica o radiologica di coinvolgimento linfonodale cervicale. Grado di raccomandazione: A

e

- Microcarcinomi in singolo lobo
- Tumori di diametro 1-4 cm, monolobari

### ❖ LINFECTOMIA

## 2. Non evidenza di metastasi

- Linfoadenectomia centrale profilattica?  
**HOT TOPIC!**

### PRO

- Frequenti metastasi infracliniche
- Stadiazione più accurata
- Reintervento difficile in caso di recidiva

### CONTRO

- Benefici prognostici non dimostrati
- Recidive relativamente infrequenti
- Potenziale incremento della morbilità

Lo svuotamento  
metastasi linfonodi  
dubbio clinico (aumentati di volume)  
considerazione di affidabile, e che  
(Hartl et al. 2012) eseguito anche a

rito in caso di  
che in caso di  
a di linfonodi  
al. 2016). In  
ta spesso poco  
al 30% al 60%  
ale può essere

## 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

**Per pazienti con nodulo tiroideo isolato indeterminato, che preferiscono una procedura chirurgica limitata, la lobectomia è raccomandata come approccio chirurgico iniziale**

**Nei pazienti sottoposti a lobectomia sarà indicata la totalizzazione del precedente intervento se i carcinomi presentano dimensioni >4 cm o estensione extratiroidea, variante istologica aggressiva e/o evidenza istologica di linfonodi sede di metastasi**

## 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

**La tiroidectomia totale è indicata in pazienti con noduli indeterminati, che hanno tumori di grandi dimensioni (>4 cm), che mostrano alla biopsia delle atipie cellulari o con diagnosi bioptica di “sospetto di carcinoma papillifero della tiroide” o con familiarità per tumore tiroideo o con precedente esposizione a radiazioni ionizzanti**

**PZ**

**TICA**

# Management of Recurrent/Persistent Nodal Disease in Patients with Differentiated Thyroid Cancer: A Critical Review of the Risks and Benefits of Surgical Intervention Versus Active Surveillance

TIRO  
ESTE

- SCE

- ATT

SE

Ralph P. Tufano,<sup>1</sup> Gary Clayman,<sup>2</sup> Keith S. Heller,<sup>3</sup> William B. Inabnet,<sup>4</sup>  
Electron Kebebew,<sup>5</sup> Ashok Shaha,<sup>6</sup> David L. Steward,<sup>7</sup> and R. Michael Tuttle<sup>8</sup>

for the American Thyroid Association Surgical Affairs Committee Writing Task Force



Tecniche tradizionali e mini-invasive e/o videoassistite, con le corrette indicazioni (noduli <35mm, ca papillari a basso rischio <2 cm, assenza mtx linfonodali) si dimostrano equivalenti in termini di successo

*Bellantone et al 2002; Lombardi CP et al 2007; Miccoli and Bakkar 2017; Viola et al 2015*

**Yesterday**

## **AGGRESSIVE STRATEGY**

The treatment paradigm for DTCs used to consist of  
*a one-size-fits-all approach*

**Today**

## **USE OF INDIVIDUALIZED APPROACHES**

**PZ SOVRADIAGNOSTICATI NON HANNO ALCUN ECCESSO DI  
RISCHIO DI MORTE RISPETTO ALLA POPOLAZIONE GENERALE**

**Impatto negativo sulla qualità di vita**

**Costo rilevante per il sistema sanitario**

**EVITARE COSTI DIRETTI ED  
INDIRETTI LEGATI A PROCEDURE  
CHIRURGICHE INUTILI CHE  
PERALTRO NON IMPATTANO SULLA  
STORIA NATURALE DELLA MALATTIA**

Meta-Analysis Thyroid 2019, oct; 29(10):1399-1408

· 2020 Jan;167(1):46-55.

doi: 10.1016/j.surg.2019.03.040. Epub 2019 Sep 13.

**Active surveillance of low-risk papillary thyroid cancer: A meta-analysis**

[Bianka Saravana-Bawan](#)<sup>1</sup>, [Amandeep Bajwa](#)<sup>1</sup>, [John Paterson](#)<sup>2</sup>, [Todd McMullen](#)<sup>3</sup>

,  
·<sup>1</sup> Department of Surgery, University of Alberta, Edmonton, Canada.

·<sup>2</sup> Department of Family Medicine, University of Alberta, Edmonton, Canada.

Per i noduli  $\leq 1$  cm la sorveglianza attiva può essere proposta come alternativa all'intervento chirurgico nei soggetti considerati a basso rischio (assenza di segni clinici o ecografici di infiltrazione della capsula tiroidea, assenza di metastasi loredionali e/o a distanza). Sono esclusi dalla possibilità di sorveglianza attiva i pazienti con noduli topograficamente vicini al nervo ricorrente o adiacenti alla trachea (Miyauchi 2016; Shaha 2016). E' sempre comunque necessaria una accurata informazione e selezione del paziente, che deve dimostrare una compliance adeguata alla osservazione protratta nel tempo.

# DECISIONE TERAPEUTICA CDT

- **SORVEGLIANZA**
- **LOBECTOMIA**
- **TIROIDECTOMIA TOTALE**

**TRATTAMENTI  
TERMOABLATIVI**





Table of contents for the journal Surgery, listing various articles and their authors.

Endocrine

A comprehensive review of interventional ablation techniques for the management of thyroid nodules and metastatic lymph nodes



Jennifer H. Kuo, MD, MS<sup>a,\*</sup>, Catherine F. Sinclair, MD<sup>b</sup>, Brian Lang, MD<sup>c</sup>, Stefano Spiezia, MD, PhD<sup>d</sup>, Mingan Yu, MD, PhD<sup>e</sup>, Eun Ju Ha, MD<sup>f</sup>, Dong Gyu Na, MD<sup>g</sup>, Chiara Offi, MD<sup>d</sup>, Kopal N. Patel, MD<sup>h</sup>, Jung Hwan Baek, MD<sup>i</sup>

Thyroidectomy remains the gold standard treatment for benign, symptomatic, or enlarging thyroid nodules, malignant nodules, and metastatic lymph node disease. However, in the past 2 decades, image-guided interventional techniques have emerged as promising alternative treatments for these conditions. Percutaneous ethanol ablation is now an accepted first-line treatment for recurring cystic thyroid nodules. Thermal ablation techniques such as high-intensity focused ultrasound, laser ablation, radio-frequency ablation, and microwave ablation have shown efficacy in producing a nodular volume reduction of greater than 50% that is maintained for several years with resolution of local compressive symptoms. There is also increasing evidence that these techniques can effectively treat papillary thyroid microcarcinomas and recurrent metastatic lymph node disease. Because these interventional ablation techniques are performed safely in an outpatient setting, are well tolerated, and the risk for needing thyroid hormone supplementation is negligible, they are becoming a popular alternative treatment to surgical resection. In this comprehensive review, we discuss each of these percutaneous interventions: the devices and techniques, the advantages and disadvantages of each energy, and summarize the outcomes published in the literature.

© 2021 Elsevier Inc. All rights reserved.

Summary table of current status of the clinical application of ablative techniques

Primary treatment of simple or recurring thyroid cysts\*

Endorsed by societal guidelines

Performed outside

Available in the

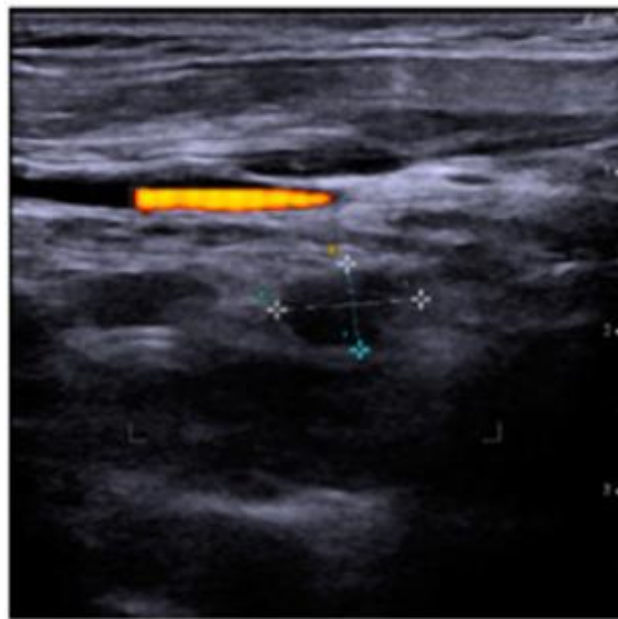
CPT code

TREATMENT OF RECURRENT, METASTATIC CANCER OR LYMPH NODES IN NON SURGERY CANDIDATES

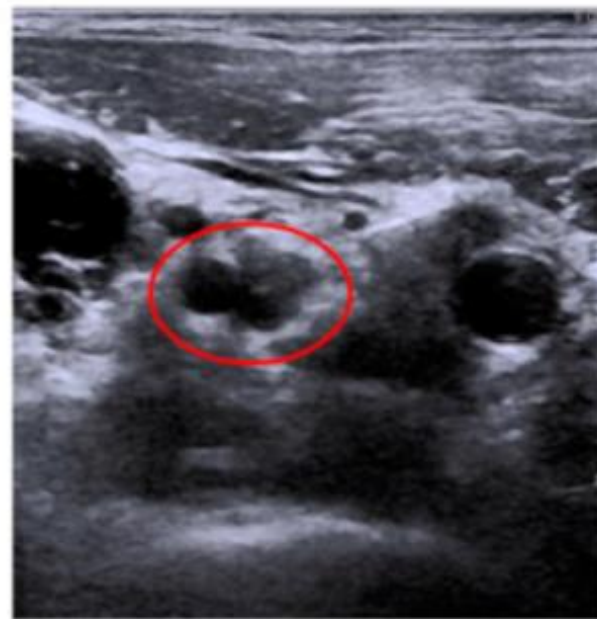
# Laser Ablation Treatment of Recurrent Lymph Node Metastases from Papillary Thyroid Carcinoma

Chiara Offi <sup>1</sup>, Claudia Misso <sup>1</sup>, Giovanni Antonelli <sup>1</sup>, Maria Grazia Esposito <sup>1</sup>, Umberto Brancaccio <sup>1</sup>, Stefano Spiezia <sup>1</sup>

Accepted: 11 November 2021



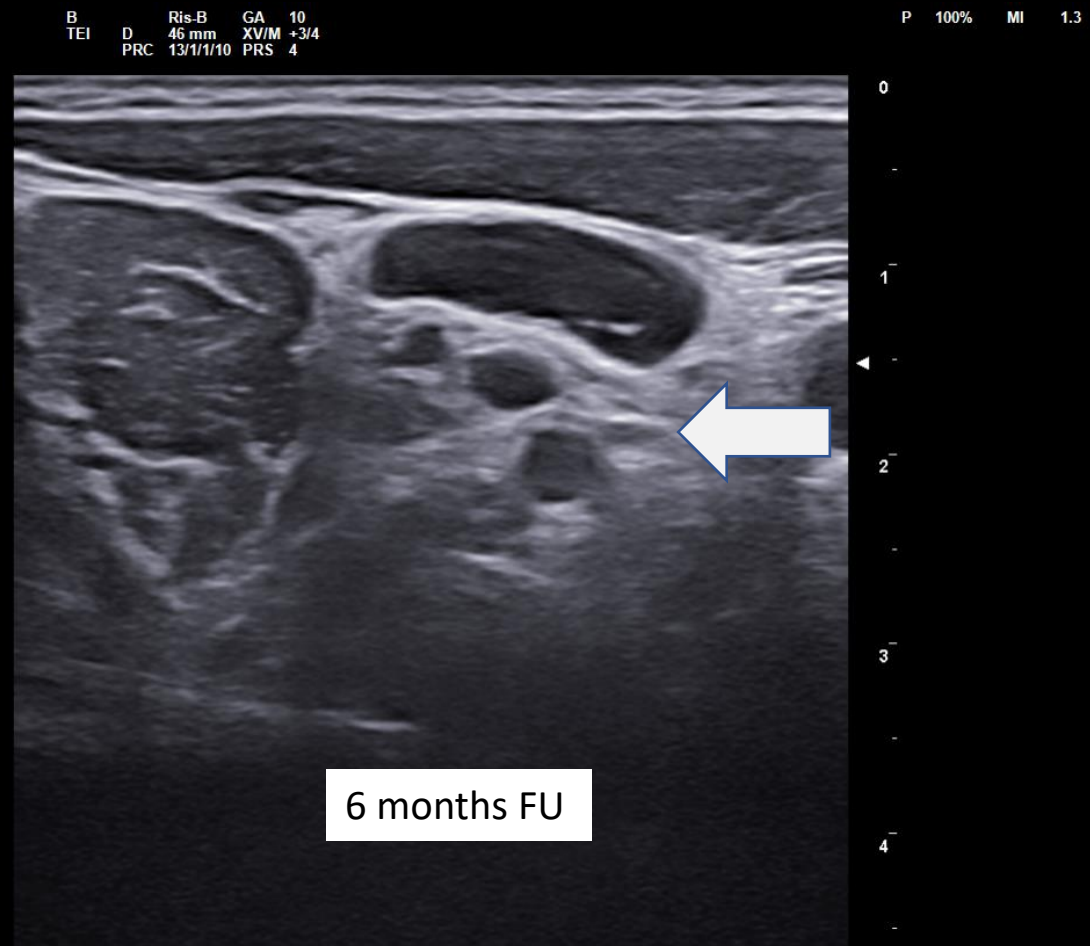
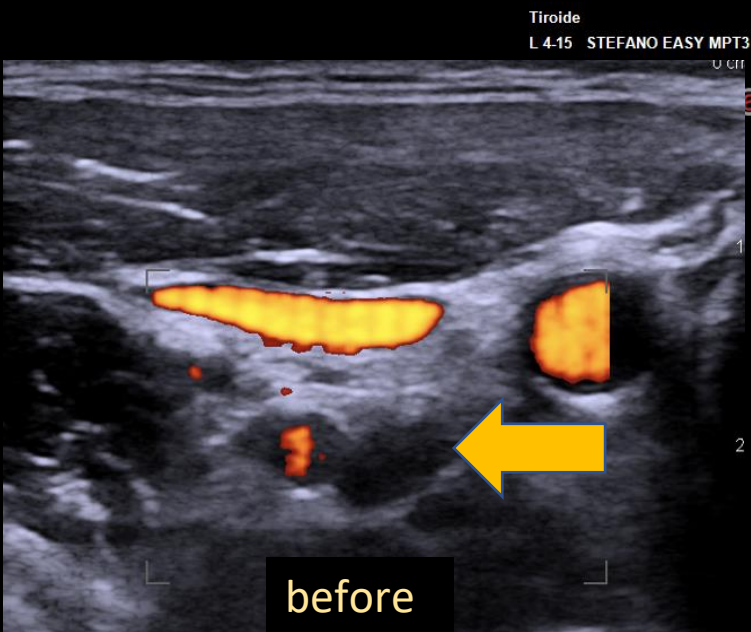
(A)



(B)



(C)

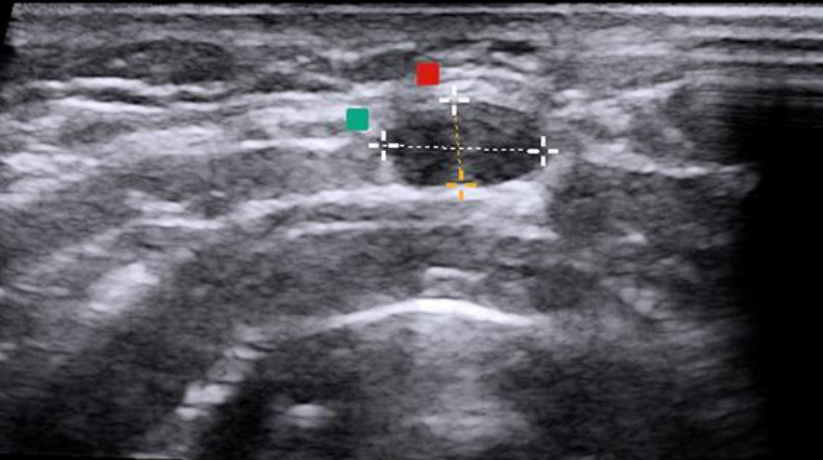


At 6 and 12 months, a fine needle aspiration was performed, negative for malignant cells and with a negative dosage of Tg in the eluate.

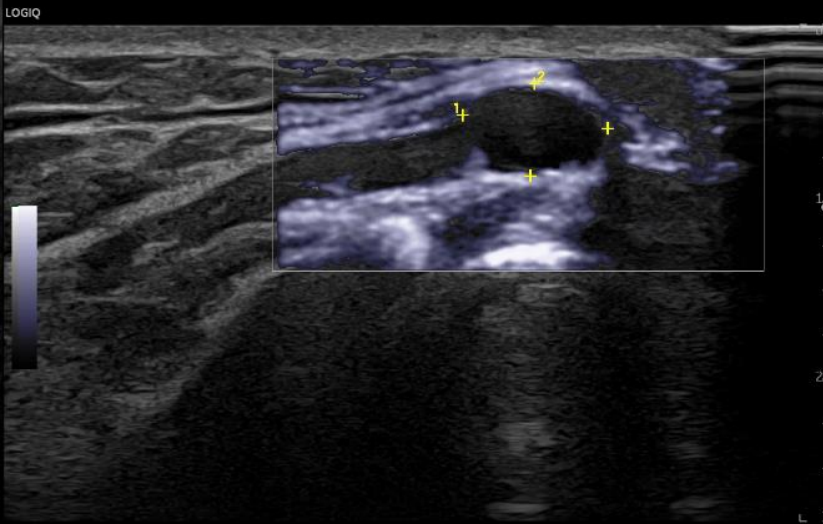
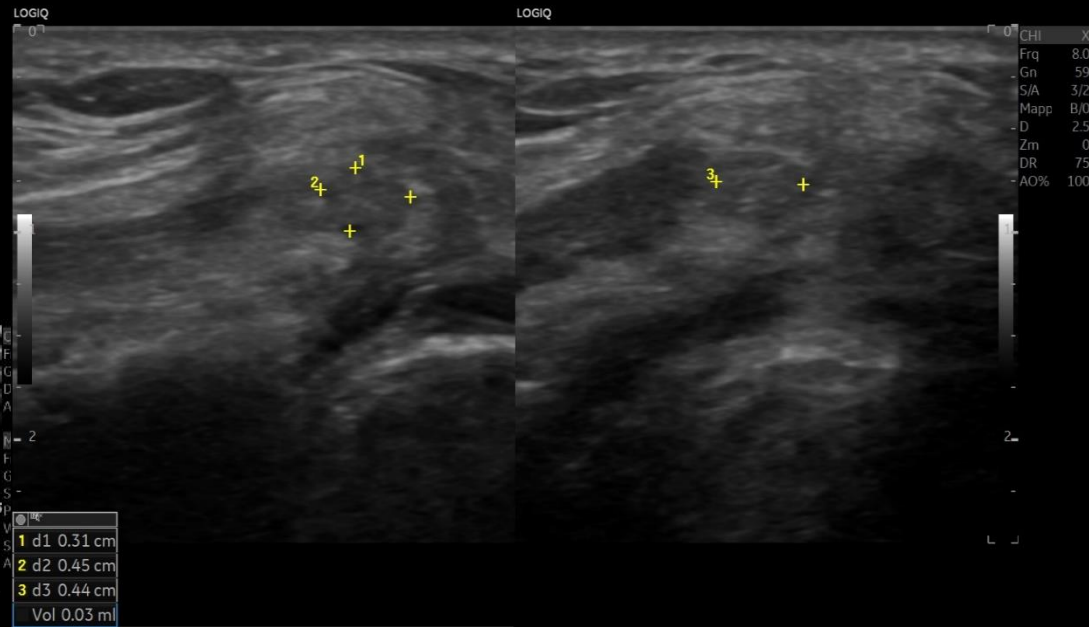


Basal evaluation  
Volume 0,29 ml  
Tg 9.15

Follow up 1 month  
Tg 1,1  
Volume 0,03 ml

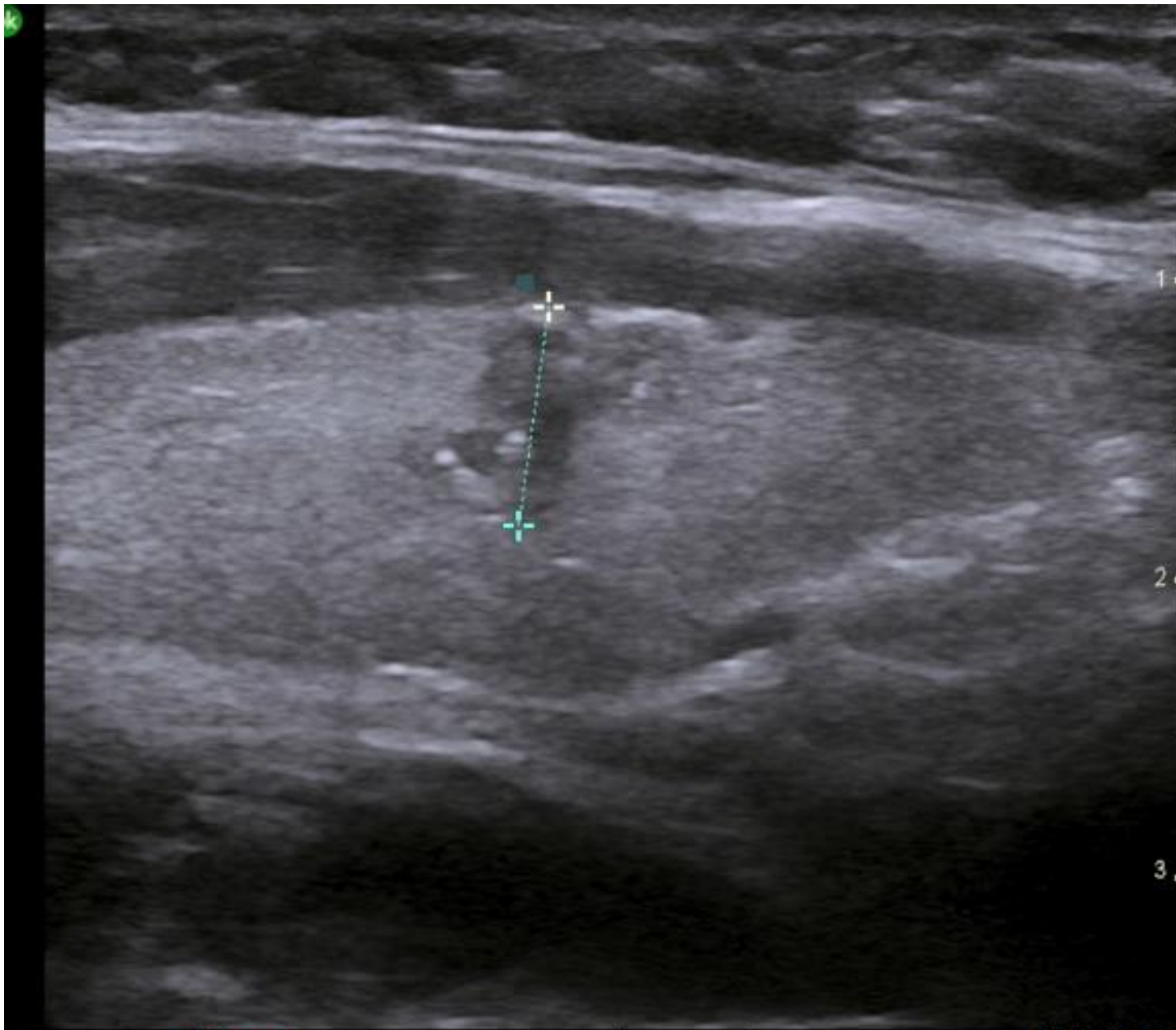


15/04/22 11:56:04 ADM 110222-090957 Tiroide



1 L 0.82 cm  
2 L 0.52 cm

1 d1 0.31 cm  
2 d2 0.45 cm  
3 d3 0.44 cm  
Vol 0.03 ml



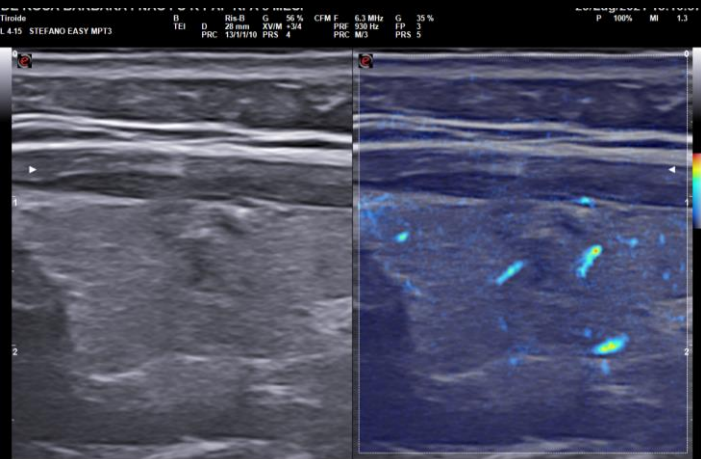
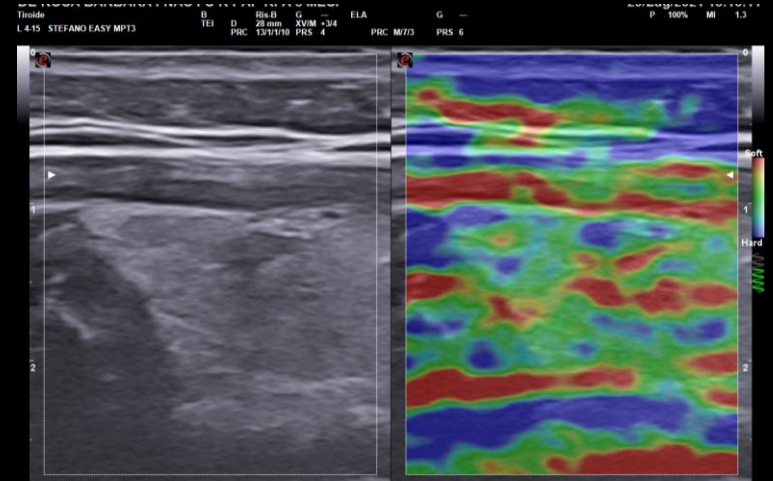
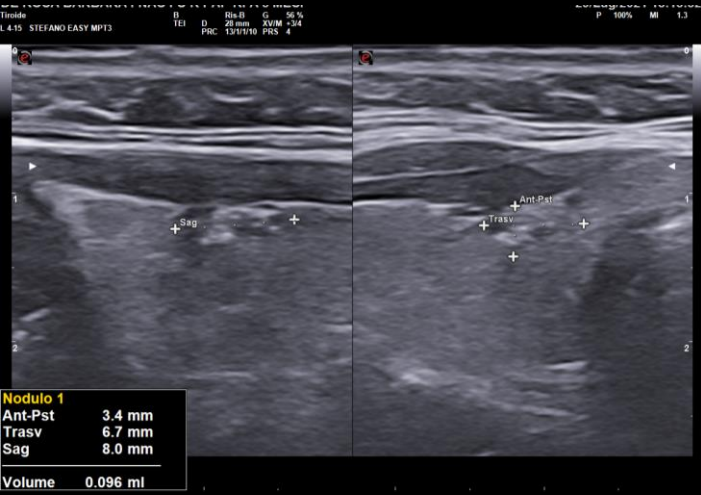
Female, 41 y.o.  
Breast cancer  
Aggressive  
chemotherapy  
Thyroid nodule  
THY 5  
Basal vol. 0,25 ml  
  
PLA treatment  
0,5 cm e.t. 20 w

Trasduttore  
18L5  
A-Gain Level  
50  
AutoGain  
On  
Ris./Hz  
3/76 Hz  
B freq  
9 MHz  
B guad  
-12.0 dB  
Esegui  
Off  
Wi-Fi

st 7.40 mm

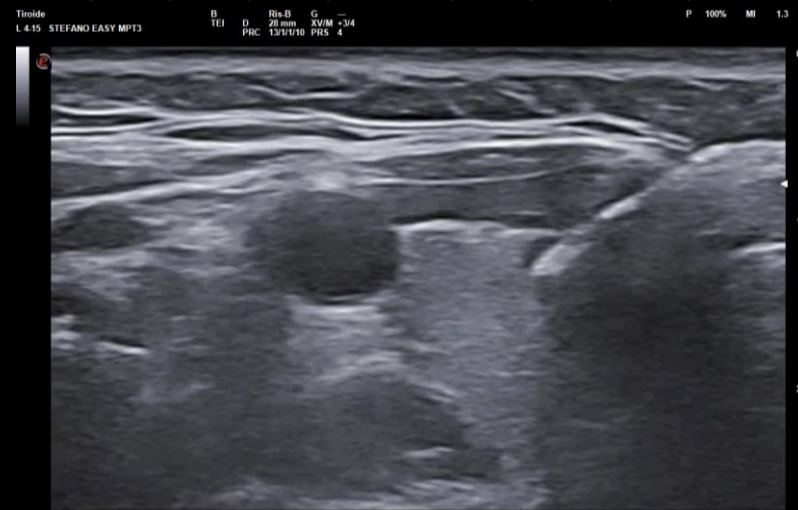
00:44.08

IM 1.36<1.50 TIS: 0.3<2.0



5 months follow up  
VRR: 64%

FNAC →





# MICROCARCINOMA

Napoli, 31/07/2021

Consulenza Citologica per la Paziente:

Sig.a B [REDACTED]

Sede e modalità dei prelievi:

Tiroide, lobo destro, terzo medio anteriore – nodulo solido, ipoecogeno, con microcalcificazioni e margini non ben definiti, di mm. 7 di asse maggiore, con precedente diagnosi citologica di K papillifero, trattato con radiofrequenza. Prelievo citologico a 5 mesi dal trattamento.

Agoaspirato eco-assistito eseguito dal Prof. S. Spiezia (quattro vetrini).

## Risultato

Quadro citologico caratterizzato da fondo ematico, nel quale si osservano aggregati fibrino-connettivali tridimensionali eosinofili, all'interno dei quali si riconoscono istiociti, elementi della flogosi e frammenti di capillari. Tra questi frammenti, sono, inoltre, presenti blocchi globulari di materiale basofilo, suggestivi di colloide densa "vetrificata".

Gli elementi cellulari riconoscibili sono costituiti soprattutto da istiociti e da cellule giganti tipo corpo estraneo, che talora circondano il materiale colloideo.

Si osserva, inoltre, un piccolo gruppo di fibroblasti proliferanti, con alterazioni reattive.

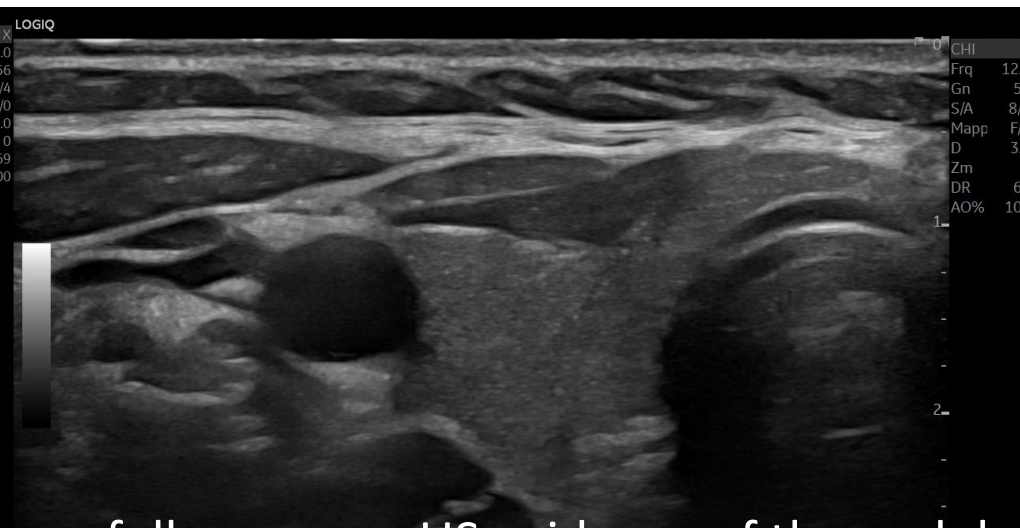
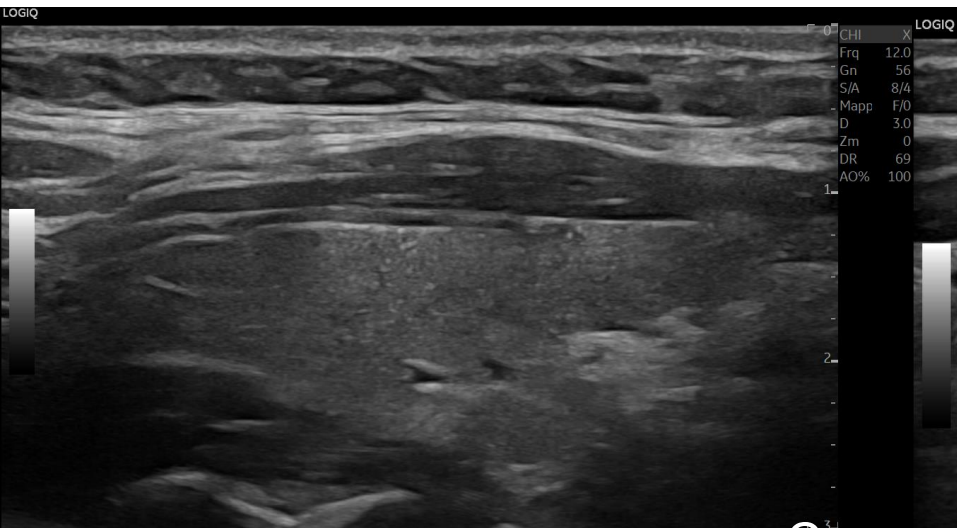
Non evidenza di cellule epiteliali, né di cellule atipiche compatibili con carcinoma papillifero della tiroide.

Tale reperto deve essere inquadrato e valutato nel contesto clinico-ecografico e, in caso di sospetto persistente o insorto nel follow-up, si raccomanda ulteriore accertamento diretto, nelle modalità prescelte dai Curanti.

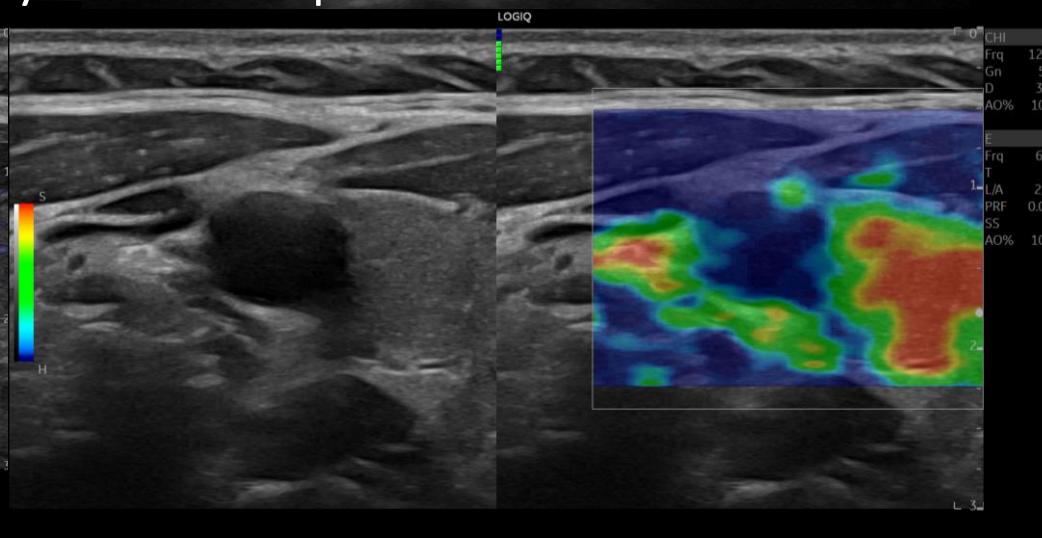
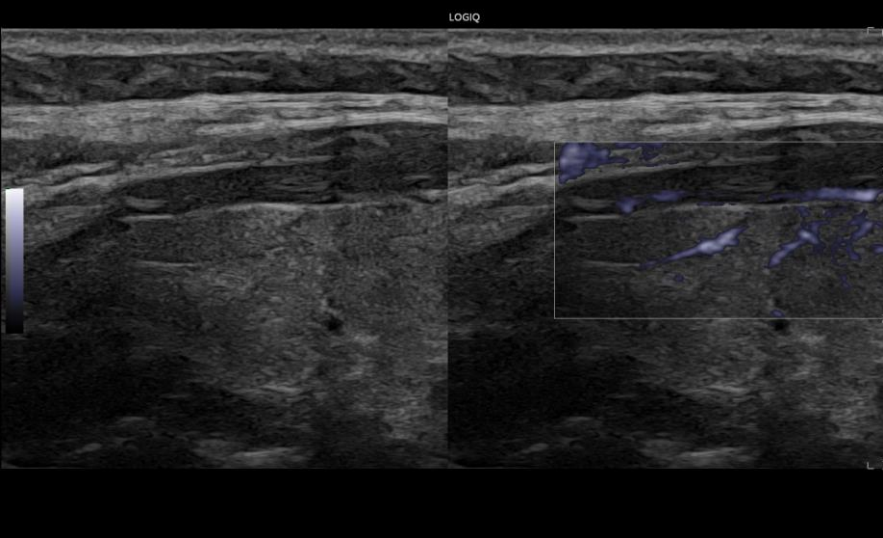
Francesco M. Maiello







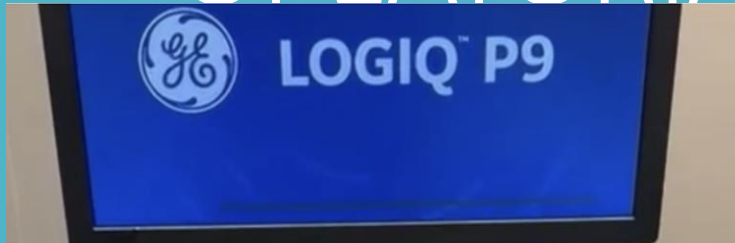
One year follow up: no US evidence of the nodule



# IN SALA OPEATORIA



# UNA GIORNATA IN SALA OPERATORIA OTTOBRE





# The 'Save Your Thyroid' International SIUMB School and training lab of interventional procedures



## International SYT SIUMB School Director:

**Stefano Spiezia MD**  
+393482217226  
[info@tiroide.org](mailto:info@tiroide.org) - [www.tiroide.org](http://www.tiroide.org)



## SGH Cairo Codirector and Board:

**Husam Amhed Al Samahay MD**  
+20 100-96-95-604  
[asamahyhusam@gmail.com](mailto:asamahyhusam@gmail.com) [www.tiroide.org](http://www.tiroide.org)



## National SIUMB School Codirector:

**Roberto Garberoglio MD**  
+39 335 617921 -  
[rgarberoglio48@gmail.com](mailto:rgarberoglio48@gmail.com)





**GOM**  
**Gruppo**  
**Multidisciplinare**  
**Oncologico**

*Grazie*