

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 2077 DEL 04/11/2022

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 26 del 26/02/2021

Assume le funzioni di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria U.L.S.S. n. 7 Pedemontana il Direttore Amministrativo dott.ssa Michela Conte, delegato dal Direttore Generale dott. Carlo Bramezza come da delibera n. 408 del 12/3/2021

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI dott.ssa ALESSANDRA CORO'

OGGETTO: ADOZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE.

per IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott.ssa Michela Conte

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
Anno Proposta: 2022 Numero Proposta: 2264/22

Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Maria Oliviera Cordiano.

Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale riferisce quanto segue.

Considerata la documentazione in materia trasmessa al dirigente proponente dalla competente Direzione Sanitaria, dalla quale si evince che la Regione Veneto è caratterizzata da una elevata prevalenza della patologia nodulare tiroidea e l'introduzione negli ultimi anni di tecniche diagnostiche progressivamente più raffinate, ha consentito di identificare anche patologie subcliniche.

Vista la Legge 8 marzo 2017, n. 24 la quale, all'art. 5 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida", prescrive che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale".

Dato atto che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 stabilisce che "In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali".

Dato atto che la definizione ed implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) è in capo alle Regioni e quindi alle Aziende del SSR.

Considerato che tra i compiti dell'UOSD Risk Management rientra la partecipazione alla costruzione e realizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Considerato che all'interno dell'Azienda è stato attivato un Gruppo di Lavoro per la definizione di un PDTA di riferimento per i pazienti affetti o potenzialmente affetti da patologia nodulare tiroidea, che ha elaborato una proposta di PDTA con approccio multidisciplinare, condivisa da tutti gli operatori a vario titolo coinvolti nel percorso, al fine di migliorare l'appropriatezza diagnostica e ridurre i costi di gestione della patologia nodulare nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana.

Considerato che il suddetto PDTA è stato sottoposto a verifica, con esito positivo, da parte del Direttore f.f. dell'UOC Direzione Medica dell'Ospedale di Bassano ed è stato approvato dal Direttore Sanitario.

Verificato che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda.

Per quanto sopra, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale propone, pertanto, di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della patologia nodulare della tiroide di cui all'Allegato 1, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la suesposta relazione;


Condivise le motivazioni in essa indicate e fatta propria la proposta del succitato Dirigente proponente;

Dato atto che il responsabile del servizio competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, per le parti di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della patologia nodulare della tiroide di cui all'Allegato 1, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
2. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del D.L. 14/3/2013 n. 33;
3. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.



REGIONE DEL VENETO 	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021 PAG. 1 di 22
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

INDICE


INTRODUZIONE.....	2
OBIETTIVI.....	2
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
RIFERIMENTI	3
DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
EPIDEMIOLOGIA.....	4
MODALITÀ OPERATIVE.....	4
FASE 1 ACCESSO E DIAGNOSI	5
FASE 2 PREPARAZIONE E TRATTAMENTO CHIRURGICO.....	14
FASE 3 TERAPIA MEDICA E FOLLOW UP.....	19
INDICATORI.....	21
DIAGRAMMA SINTESI DEL PERCORSO	22
ALLEGATO: PROPOSTA PRESA IN CARICO PAZIENTE.....	23

DISTRIBUITA A:

- Direttori di Distretto, Direttore Dipartimento di Prevenzione, Direttori UOC Cure Primarie, Medici di Medicina Generale, Medici SAI Attività Specialistica
- Direttori/Responsabili e Coordinatori delle UU.OO.CC Medicina, ORL, Radiologia, Anatomia e Istologia Patologica, Chirurgia, Oncologia della Ulss 7 Pedemontana

	Nome e Funzione	Firma	Data
Compilata da	Dr. Massimo Marchetti Direttore UOC Medicina Generale Ospedale Santorso (per il gruppo di lavoro)		3 MAG. 2022
Verificata da	Dr. Antonio Antico Direttore Medico ff Ospedale di Bassano		9 MAG. 2022
Approvata da	Dr. Antonio Di Caprio Direttore Sanitario ULSS 7 PEDEMONTANA		11 MAG. 2022

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	02/12/2021	Prima emissione – ULSS7 PEDEMONTANA
1		

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

Introduzione

I nodi tiroidei sono di frequente riscontro nella popolazione, ma solo una piccola percentuale di essi è da riferire a patologia maligna.

La loro valutazione deve prevedere l'anamnesi con l'esame obiettivo, l'ecografia del collo ed i dosaggi ormonali.

Le caratteristiche cliniche di sospetto del nodo sono: familiarità per patologia tiroidea maligna, pregressa chemio e/o radio-terapia al collo, il suo accrescimento rapido, fissità e durezza alla palpazione, sintomi da costrizione al collo, presenza di linfadenopatie cervicali, sesso maschile, età < 20 o > 70 anni.

Il nodo deve essere caratterizzato con un esame ecografico, che ha un ruolo fondamentale nella stratificazione del rischio di malignità. Il referto ecografico deve riportare tutti gli elementi necessari al clinico per il successivo processo decisionale.


La scelta di sottoporre il nodo tiroideo ad agoaspirato (FNA eco-assistito/eco-guidato) deriva dalla stratificazione del rischio sulla base dei dati ecografici e clinici di sospetto e deve essere posta dall'endocrinologo.

L'analisi citologica da FNA tiroideo deve essere eseguita e refertata secondo la classificazione in 5 categorie riportata in "Italian Consensus for the Classification and Reporting of Thyroid Cytology - 2014".

Il nodo tiroideo è divenuto di frequente riscontro negli ultimi decenni, grazie al maggior utilizzo di metodiche di diagnostica per immagini, dotate di miglior sensibilità con la possibilità, quindi, di rilevare nodi anche di piccole dimensioni, non palpabili.

Obiettivi

- contestualizzare le più recenti linee guida regionali, nazionali e internazionali, relative alla gestione del paziente affetto da patologia nodulare tiroidea, nella Ulss 7 Pedemontana, in un'ottica di appropriato utilizzo delle risorse disponibili e di omogeneità di assistenza e risposta clinica;
- descrivere le fasi e le attività che compongono il percorso del paziente;
- identificazione dei criteri standard minimi per la diagnosi ed il follow-up;
- garanzia di uguale accesso alle strutture su tutto il territorio aziendale, nel rispetto della equità nell'accesso ai servizi per la salute;
- identificare gli attori responsabili e il loro ruoli nel PDTA;
- identificare degli indicatori di processo e per l'implementazione

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

Campo di applicazione

Il presente percorso si applica a tutti i pazienti affetti o potenzialmente affetti da patologia nodulare tiroidea e/o riscontro radiologico incidentale di nodo tiroideo che si rivolgono ai servizi sanitari dell'ULSS Pedemontana.

La visita di questi soggetti è appannaggio iniziale del MMG e/o Endocrinologo.


Riferimenti

- Bertagna F, World J Surg 2011; 35: 1146-1147
- Campenni A, Thyroid 2016; 26: 1101-1109
- Cibas ES, Thyroid 2017 27(11): 1341-1346
- Dendrcis D, Thyroid 2012; Feb 22(2): 165-172
- Durante C, JAMA 2015, 313: 926-935
- Garvey WT, Endocr Pract. 2016; 22 Suppl 3:1-203
- Gharib H, Endocr Pract. 2016; 22(5):622-39
- Haugen BR, Thyroid 2016 Jan;26(1):1-133
- Hossein G, Endocrine Practice 2016 22: Supplement 1, 1-60
- Leidin-Bruckner G, Clin Endocrinol 2012; 76: 749-758
- Mian C, J Clin Endocrinol Metab 2014;99(5):1656-1664
- Nardi F, J Endocrinol Invest 2014; 37(6) 593-599
- Nikiforov YE, J Clin Endocrinol Met 2011; 96(11) 3390-7
- Nishimori H, CanJ Surg 2011; 54: 83-88 NCCN Guideline, Version 2.2015
- Pacini F, J Endocrinol Invest. 2018;41(7):849-876
- Regione veneto DDR N. 12 del 26/04/2021

Definizioni ed abbreviazioni

Un **nodo tiroideo** è una lesione circoscritta nell'ambito ghiandolare, distinta e definita dal restante parenchima; quello rilevato occasionalmente nel corso di indagini ecografiche e/o radiologiche del collo, è detto "incidentaloma tiroideo".

AACE	American Association of Clinical Endocrinologists
AME	Associazione Medici Endocrinologi
FNA	Fine Needle Aspiration
FT3	Free Triiodothyronine (Triiodotironina libera)
FT4	Free Thyroxine (Tiroxina libera)
MMG	Medico Medicina Generale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PTH	Hormone Parathyroid (Parataormone)
18FDG-PET	Fludeoxyglucose (18F) (Tracciante medicina nucleare)
RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
RAI	Radio Active Iodine (Terapia Radio Metabolica)
TC	Tomografia Computerizzata
TSH	Thyroid Stimulating Hormone
TIR	Classification and Reporting of Thyroid Cytol

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

EPIDEMIOLOGIA

I più recenti studi epidemiologici hanno dimostrato una prevalenza di nodi tiroidei palpabili in circa il 5% delle donne e 1% degli uomini, residenti in aree a sufficiente apporto iodico. Per contro l'impiego dell'ecografia consente il riscontro di nodi tiroidei nel 19-68 % dei casi indagati, con frequenza maggiore nel sesso femminile e negli anziani.

Anche se la maggior parte dei nodi sono benigni, è necessario escludere la presenza di un carcinoma, presente nel 3-5% dei casi, attraverso l'identificazione di precisi criteri ecografici e l'uso appropriato della diagnostica citologica e/o molecolare attraverso FNA.

In Veneto secondo i dati del registro tumori aggiornati al 2016 sono presenti 11088 soggetti con carcinoma tiroideo, pertanto si stimano circa 221.760 soggetti affetti da patologia nodulare tiroidea, pertanto lo scopo di questo PDTA è quello di migliorare l'appropriatezza diagnostica e ridurre i costi di gestione della patologia nodulare nella nostra Azienda ULSS 7 Pedemontana.

FATTORI DI RISCHIO


Fattori di rischio per l'insorgenza e la progressione di patologia nodulare tiroidea:

- età avanzata
- sesso femminile
- zone iodo-carenti
- storia di esposizione a radiazioni
- elevati livelli di TSH
- presenza di anticorpi anti-tiroide
- storia familiare di tumori tiroidei e sindromi genetiche con tumore tiroideo
- storia familiare di gozzo e di noduli tiroidei

Modalità operative

Il gruppo di lavoro che ha definito le modalità operative di seguito descritte è costituito da:

- Andreotti Edgardo (Direttore UOC ORL ospedale di Santorso)
- Antico Antonio (Direttore UOC Laboratorio ospedale di Santorso e Bassano)
- Calcaterra Francesco (Direttore UOC Cure Primarie Distretto 2 Alto Vicentino)
- Calogero Cicero (Direttore UOC Radiologia ospedale di Bassano)
- Cecchetto Lara (Dirigente Medico UOC Medicina ospedale di Asiago)
- Lurilli Vincenzo (Direttore UOC Radiologia ospedale di Santorso)
- Leo Genesio (Responsabile UOSD Anatomia ed Istologia Patologica ospedale di Bassano)
- Marchetti Massimo (Direttore UOC Medicina ospedale di Santorso) – Coordinatore clinico
- Miola Marina (Dirigente Medico UOSDt Diabetologia Distretto 2 Alto Vicentino)
- Pertoldi Barbara (Dirigente Medico UOC Anatomia ed Istologia Patologica ospedale Santorso)
- Romano Luigi (Direttore UOC ORL ospedale di Bassano)
- Romeo Salvatore (Direttore UOC Anatomia ed Istologia Patologica ospedale di Santorso)

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

RAZIONALE DEL PERCORSO SULLA PATOLOGIA NODULARE TIROIDEA

Il razionale di tale PDTA nasce soprattutto dall'elevata prevalenza di questa condizione nella nostra Regione, area di carenza iodica lieve. Inoltre, l'introduzione negli ultimi anni di tecniche diagnostiche progressivamente più raffinate (determinazione di TSH con metodo ultrasensibile, ampia diffusione della ecografia) ha portato ad indentificare anche patologie subcliniche.

FASE 1: ACCESSO E DIAGNOSI

- Il Medico di Medicina Generale rappresenta il primo referente coinvolto nella identificazione della patologia ed il punto di riferimento per altri professionisti, che operino nel territorio o che vengano in contatto con pazienti con potenziali problematiche endocrine, attraverso visite mediche scolastiche, quelle per idoneità sportiva e negli ambulatori di Igiene Pubblica.
- Il secondo livello è garantito da specialisti in Endocrinologia ambulatoriali (territorio/distretto) e da Endocrinologi ospedalieri che garantiranno l'iter diagnostico terapeutico anche in collegamento con gli altri specialisti ospedalieri coinvolti (ORL, Radiologia, Anatomia Patologica).

Rientrano in questo PDTA i soggetti adulti con segni e/o sintomi suggestivi di nodo tiroideo e/o riscontro radiologico di nodo tiroideo.

CRITERI DI INCLUSIONE.

- Riscontro clinico o strumentale di nodi tiroidei isolati o nell'ambito di un gozzo multinodulare.


CRITERI DI ESCLUSIONE.

- Formazioni nodulari cistiche evidenziate ecograficamente <5 mm, senza aggetti parietali.

In generale tutti i pazienti con riscontro di nodi tiroidei, come indicato nel precedente paragrafo, necessitano di essere sottoposti ad un inquadramento clinico (anamnesi ed esame obiettivo diretto alla tiroide ed alle stazioni linfonodali del collo)

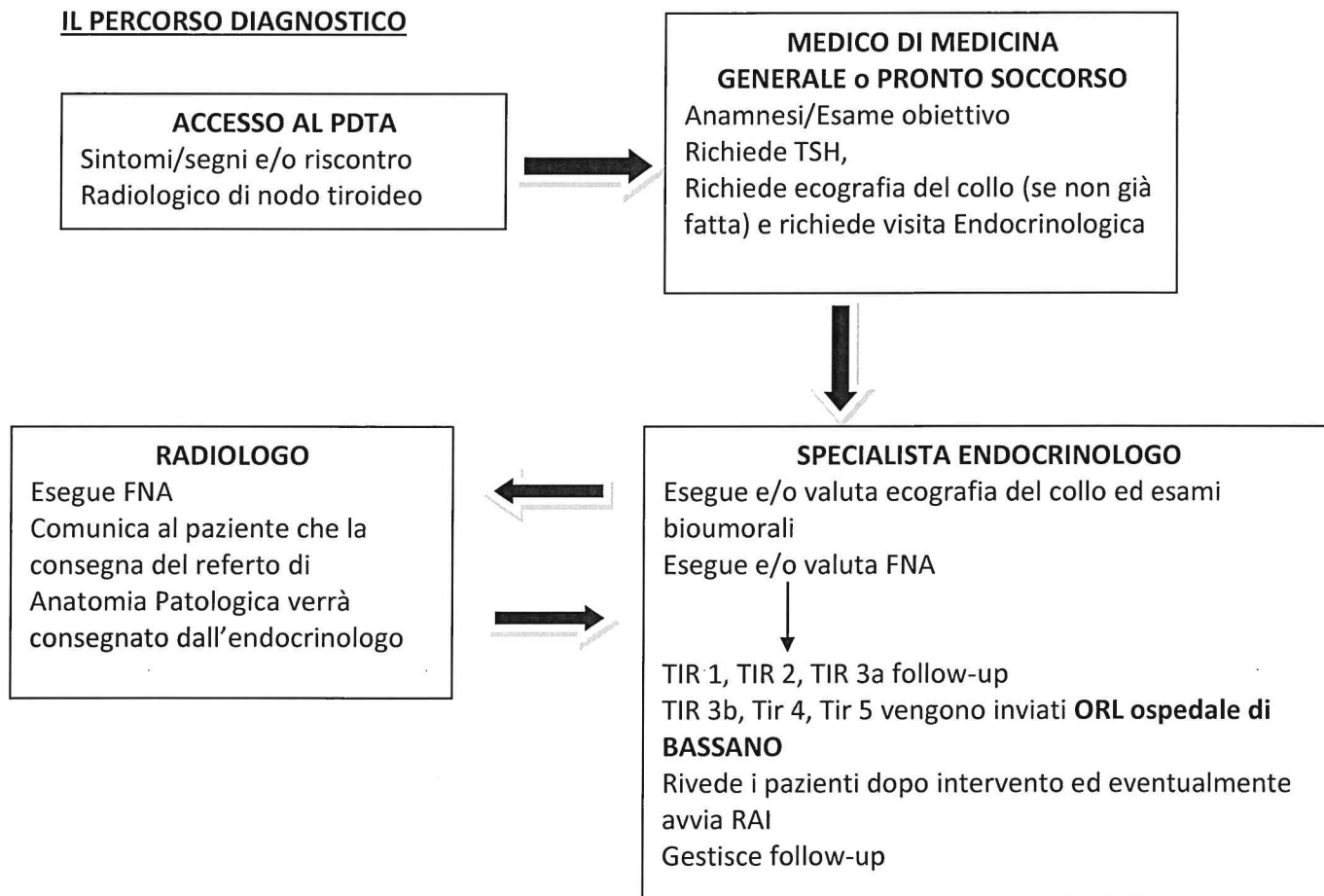
Elementi anamnestici ed obiettivi predittivi di possibile malignità sono:


- Esposizione a radiazioni ionizzanti, in età pediatrica o adolescenziale
- Terapia radiante esterna total body, eseguita prima di trapianto di midollo osseo
- Familiarità per carcinoma tiroideo o per carcinoma tiroideo sindromico (sindrome di Cowden, sindrome di Gardner, complesso di Carey, sindrome di Werner o MEN2, poliposi adenomatosa familiare)
- Sesso maschile

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

- Paese di origine (maschi cinesi, femmine filippine, Islanda, Giappone, Hawaii ed Israele) o partecipazione a missioni militari in zone a rischio
- Rapida crescita del nodo, consistenza dura e fessità rispetto ai tessuti circostanti
- Insorgenza di cambiamenti della tonalità della voce (voce roca), paralisi delle corde vocali
- Presenza di linfadenopatia cervicale persistente e con sintomatologia compressiva

IL PERCORSO DIAGNOSTICO



REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

VISITA MEDICA

La valutazione comprende anamnesi, esame obiettivo, esami di laboratorio ed ecografia tiroidea, essenziali per la stratificazione del rischio.

ANAMNESI	ESAME OBIETTIVO
Età e Sesso	Caratteri del nodulo (sede, dimensioni, consistenza, mobilità/fissità, dolore, linfonodi)
Familiarità per tireopatie benigne o maligne, neoplasie endocrine multiple di tipo 2 (MEN2) o carcinoma midollare familiare (FMTC)	Segni clinici di Iperteroidismo e di Ipotiroidismo
Pregressa radioterapia della regione anteriore del collo-torace superiore, specie in età pediatrica	Segni clinici associati a maggior rischio di carcinoma tiroideo: <ul style="list-style-type: none"> - Nodo duro e fisso alla palpazione - Progressiva e rapida crescita - Disfonia - Linfo-adenopatie latero-cervicali - Età <20 o > 70 anni - Sesso maschile
Modalità di insorgenza e velocità di accrescimento	
Dolore associato al nodo	
Presenza di sintomi compressivi (tosse, disfonia, disfagia, senso di costrizione)	

ESAMI DI LABORATORIO

TSH

Dato che il valore del TSH fornisce indicazioni sulla funzione ghiandolare, deve essere misurato nel paziente con nodo tiroideo; se indosabile o al di sotto dell'intervallo di riferimento in presenza di ormoni tiroidei normali o elevati, esclusi uso di glucocorticoidi esogeni o di altri farmaci interferenti sul suo livello o di ipercortisolismo endogeno, è indicato eseguire un esame di imaging nucleare con ^{99m}Tc-pertecnetato.

Anticorpi anti-tiroide


La richiesta del dosaggio di anticorpi anti-tiroide viene giustificata in presenza di un nodo nel contesto di sospetta patologia autoimmune tiroidea, sulla base del contesto clinico e/o di imaging.

Tireoglobulina sierica

I suoi livelli possono essere elevati in molte patologie tiroidee benigne e maligne; pertanto tale misurazione non è raccomandata.

Calcitonina sierica (CT)

Il suo dosaggio può essere di ausilio nella valutazione di un nodo tiroideo permettendo di riconoscere il carcinoma midollare della tiroide (MTC), tumore potenzialmente molto aggressivo, con un'accuratezza superiore a quella dell'esame citologico. Tuttavia, la CT pur essendo un marcatore molto sensibile per l'identificazione del MTC, non è altrettanto specifico. Attualmente non esiste accordo tra le società scientifiche sulle indicazioni cliniche della determinazione di CT nei pazienti con patologia nodulare tiroidea, considerando anche la bassa prevalenza di MTC (0,3-1,4% di tutti i nodi tiroidei, 5% di tutti i tumori della tiroide).

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

Vi è, invece, un maggiore accordo fra le diverse società scientifiche sulla richiesta del dosaggio di CT sierica in nodi con citologia Tir3 e in pazienti con patologia nodulare benigna in previsione dell'intervento chirurgico.

ECOGRAFIA

L'esame ecografico della tiroide, comprensivo dello studio delle stazioni linfonodali del collo, deve sempre essere eseguito nella valutazione iniziale del nodulo tiroideo.

La refertazione dell'ecografia tiroidea costituisce la principale interfaccia tra esaminatore e destinatario dell'indagine (medico curante, specialista o altri).


Il referto serve per informare il paziente, informare il medico curante, informare altri specialisti, rendere il referto utilizzabile per il confronto ai controlli successivi.

Parametri fondamentali da riportare in tale referto sono:

- Sede
- Simmetria
- Dimensioni: almeno il diametro antero-posteriore dei lobi
- Ecogenicità del parenchima tiroideo rispetto al tessuto muscolare adiacente (iso/ipo/iperecogeno)
- Omogeneità del parenchima
- Vascolarizzazione della ghiandola
- Conclusioni

Per ogni nodo tiroideo di dimensioni significative vanno indicati:

- Dimensioni (3 diametri maggiori)
- Sede (lobo o istmo; nell'ambito del lobo terzo superiore, medio o inferiore; superficiale o profondo;
- Ecogenicità relativa al parenchima (iso-, ipo, ane-, iper-ecogeno)
- Forma (ovoidale, sferico, "taller than wide")
- Margini (netti, sfumati, spiculati)
- Composizione (solido, cistico, spongiforme; in che proporzione)
- Presenza e tipo di calcificazioni: micro- o macro-calcificazioni; spots iperecogeni indeterminati (senza cono d'ombra) e gusci calcifici
- Vascolarizzazione (peri- o intra-nodulare, mista, assente).
- Studio delle stazioni linfonodali con descrizione della sede utilizzando la classificazione per livelli della regione del collo (dal I al VII livello), dimensioni, morfologia (ilo, aree cistiche, calcificazioni) e vascolarizzazione (assente, ilare, a canestro)
- Comunque è considerata indispensabile la documentazione iconografica con foto (o un adeguato supporto) e la misurazione di tutti i reperti.

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

AGOASPIRATO TIROIDEO (FNA)

Lo FNA, con esame citologico sul campionamento ottenuto, rappresenta la procedura di scelta nella valutazione del nodo tiroideo per individuare le lesioni nodulari maligne o sospette.

Prima di sottoporre un paziente a FNA, è necessario ottenere il consenso informato scritto. La scelta di sottoporre il paziente ad agoaspirato (FNA) deve tener conto delle caratteristiche ecografiche e del rischio di malignità in base ad esse.

Classe 1. Lesioni a rischio molto basso/basso (rischio atteso di malignità circa 1%):

- cisti semplici;
- noduli in gran parte cistici (contenuto fluido > 80%) con artefatti da riverberazione (“comet tail”) e senza segni ecografici di sospetto;
- noduli spongiformi, confluenti o con alone regolare.

Classe 2. Lesioni a rischio intermedio (rischio atteso di malignità circa 5-15%):

- noduli debolmente ipo- (rispetto al tessuto circostante) ed iso-ecogeni di forma ovoidale o arrotondata a margini regolari o indefiniti;
- possono essere presenti: vascolarizzazione intra-nodulare, elevata rigidità all’elastografia, macrocalcificazioni o calcificazioni marginali, spot iperecogeni di incerto significato (non definibili con certezza come microcalcificazioni), che modificano il rischio di malignità.

Classe 3. Lesioni ad alto rischio (rischio atteso di malignità 50-90%, in base a numero di caratteri di sospetto).

Sono presenti uno o più dei seguenti segni:


- marcata ipoecogenicità (rispetto ai muscoli pre-tiroidei);
- margini spiccati o lobulati (in almeno tre punti);
- microcalcificazioni;
- forma “taller than wide”;
- crescita extra-tiroidea o adenopatia patologica.

Da ciò ne discendono le seguenti raccomandazioni all’esecuzione di FNA che è **sempre raccomandato** quando ci si trovi di fronte a lesioni tiroidee:

- con diametro ≥ 10 mm e ad alto rischio ecografico;
- con diametro ≥ 20 mm e a rischio ecografico intermedio;
- con diametro ≥ 20 mm e a rischio ecografico basso solo se nodo in accrescimento o associato ad elementi clinici di rischio per malignità.

Lo FNA può essere considerato quando ci si trovi di fronte a noduli con diametro 5 — 10 mm con caratteri ecografici ad alto rischio:

- lesioni sub-capsulari o para-tracheali;
- nel sospetto di crescita extra-tiroidea;
- presenza di linfonodi metastatici: il riscontro di linfonodi sospetti dovrebbe comportare l’esecuzione di FNA degli stessi per l’esame citologico;

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

- presenza di storia personale o familiare di carcinoma tiroideo;
- presenza di un coesistente sospetto clinico (come la disfonia);
- esposizione a radiazioni ionizzanti durante l'infanzia e l'adolescenza;
- noduli tiroidei positivi alla 18FDG-PET (dotata di alta sensibilità ma bassa specificità per i noduli maligni, con risultati variabili a seconda delle varie casistiche; il rischio di malignità dei noduli 18FDG-PET positivi è stimato attorno al 33%, tuttavia tali tumori risultano biologicamente più aggressivi)

Lo FNA è inoltre raccomandato per i linfonodi delle stazioni del collo che presentino all'Ecografia caratteristiche sospette, in particolare, se presentano una morfologia ovalare con asse corto > 1 centimetro o con una morfologia rotonda con diametro > 8 mm.

L'esame citologico da FNA deve essere refertato utilizzando la classificazione citopatologica di "Italian Consensus for the Classification and Reporting of Thyroid Cytology" del 2014, documento di Consensus tra AIT (Associazione Italiana per la Tiroide), AME (Associazione Medici Endocrinologi), SIE (Società Italiana di Endocrinologia) e SIAPFC (Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia).


Questa classificazione riconosce 6 categorie diagnostiche ciascuna delle quali presenta rischio stimato di malignità progressivamente crescente. In sintesi le categorie:

Categoria	Significato	Rischio atteso di malignità (%)
TIR1	Non diagnostico	Non definito
TIR1c	Non diagnostico-cistico	Basso
TIR2	Non maligno/benigno	<3
TIR3A	Lesione indeterminata a basso rischio	5-15
TIR3B	Lesione indeterminata ad alto rischio	15-30
TIR4	Sospetto di malignità	60-80
TIR5	Maligno	>95

Classificazione citologia da FNA tiroideo

TIR 1 Citologia non diagnostica (inadeguata per motivi tecnici o non rappresentativa della lesione)

- Criteri diagnostici: per definire l'adeguatezza citologica: presenza di almeno 6 gruppi di aggregati di cellule follicolari, ciascuno con almeno 10 cellule epiteliali ben preservate e disposte preferibilmente su singolo strato.

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

- Per un nodo con risultato iniziale di citologia non diagnostica, FNA deve essere ripetuto, sotto guida ecografica, non prima che siano trascorsi 1-3 mesi dal precedente (rischio di falsi positivi per cambiamenti reattivi/riparativi dopo FNA)
- In caso di citologia ripetutamente non diagnostica in un nodo privo di caratteristiche ecografiche ad alto sospetto di malignità, è necessario stretto monitoraggio o eventualmente l'exeresi chirurgica, per diagnosi istopatologica. Tale procedura va indicata per nodi con pattern ecografico ad alto sospetto di malignità, o si assista durante monitoraggio ecografico ad accrescimento >20% in almeno due diametri del nodo o in presenza di fattori di rischio clinici suggestivi di potenziale malignità.

TIR 2 Citologia benigna

- Criteri diagnostici: adeguata rappresentazione di tireociti privi di atipie o con alterazioni reattive/regressive; colloide omogenea più o meno abbondante c/o componente infiammatoria
- Se la citologia depone per la benignità, non sono richiesti altre azioni o trattamenti. Il ricorso all'intervento chirurgico può essere indicato in tali casi in presenza di sintomi da ingombro loco-regionale o significativa tendenza all'accrescimento, se diametro > 4 cm o se caratteristiche clinico-radiologiche di sospetto o in caso di ipertiroidismo

TIR 3A Lesione indeterminata a basso rischio di malignità

- Criteri diagnostici: campione ipercellulare a pattern microfollicolare con scarsa colloide ed anche con cellule ossifile.
- In caso di citologia TIR3A con pattern ecografico sospetto può essere utile la ripetizione dell'esame citologico non prima di 1-3 mesi.
- Nel caso di diagnosi persistente di TIR 3A, appurata la preferenza del paziente e considerati fattori di rischio e caratteristiche ecografiche, si può procedere con la stretta sorveglianza clinico - ecografica o con la chirurgia.

TIR 3B Lesione indeterminata ad alto rischio


- Criteri diagnostici: campione ipercellulare a pattern follicolare, con scarsa colloide e con focali atipie c/o estesi aspetti ossifili.
- La terapia chirurgica è il trattamento standard.
- L'escissione chirurgica è raccomandata per la diagnosi istologica definitiva su tali noduli.

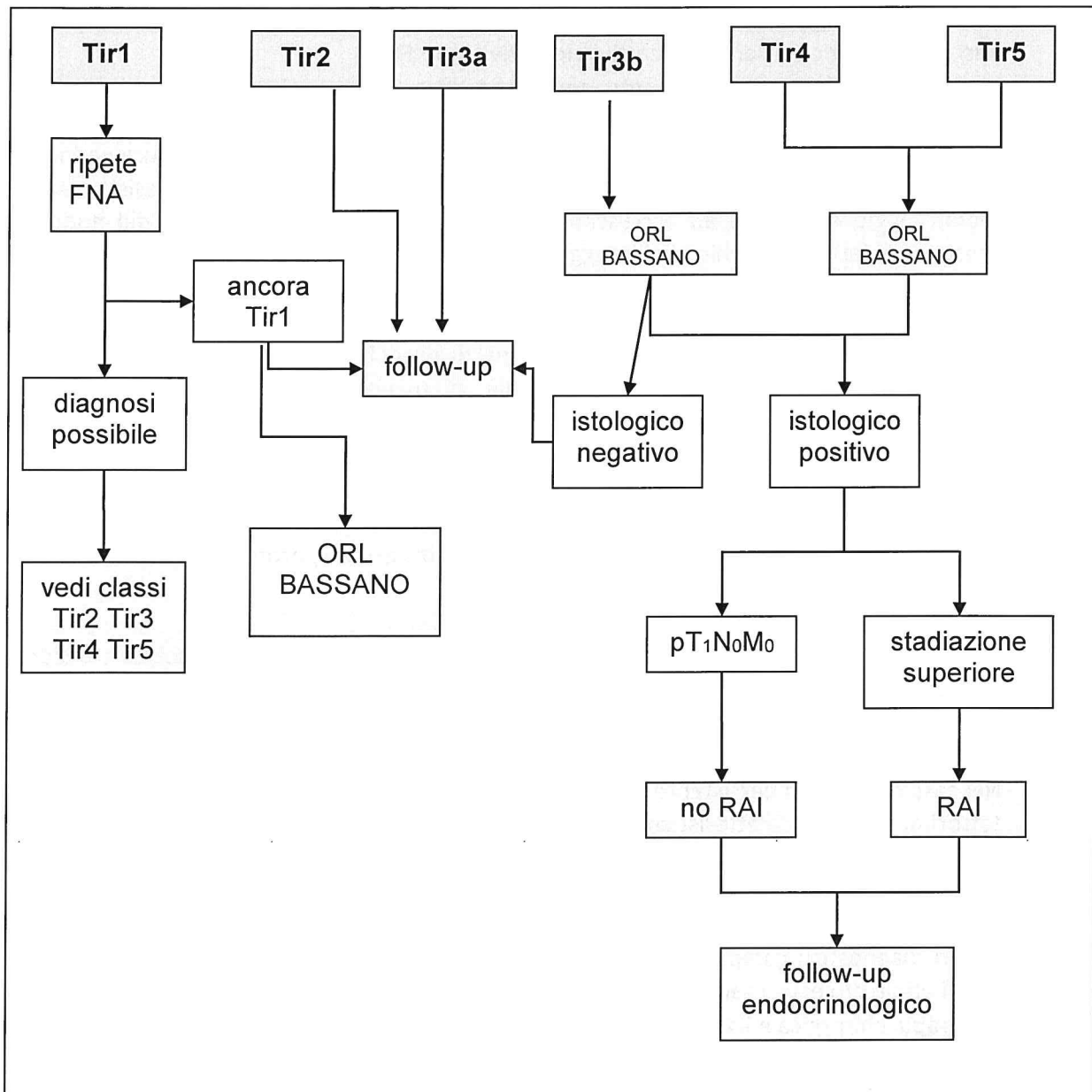
TIR 4 Citologia sospetta per malignità

- Criteri diagnostici: pattern con caratteristiche sospette per malignità ma non sufficientemente rappresentativo (scarsa cellularità, non soddisfacente tutti i parametri di malignità)

TIR 5 Citologia maligna

- Criteri diagnostici: citologia maligna per neoplasia primitiva o metastatica, epiteliale e non. In caso di esito citologico diagnostico per lesione maligna, si raccomanda il trattamento chirurgico.

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		




CONSEGNA DEL REFERTO FNA

Il referto citologico FNA tiroideo dell'anatomia patologica (sia FNA eseguiti dall'Endocrinologo sia FNA eseguito dal Radiologo) verrà consegnato al paziente dallo specialista endocrinologo aziendale.

Modalità Distretto 1 Bassano

La Segreteria dell'Endocrinologia, ricevuto via posta interna il referto FNA dall'Anatomia Patologica contatta il paziente e fissa appuntamento per lettura e consegna referto FNA.

REGIONE DEL VENETO 	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

Distretto 2 Alto Vicentino

La segreteria della Radiologia dell'ospedale di Santorso, contemporaneamente all'assegnazione dell'appuntamento per esecuzione Agoaspirato presso la Radiologia dell'ospedale di Santorso (si eseguono il martedì), assegna al paziente l'appuntamento per la lettura e consegna del referto FNA (inserirà appuntamento negli slot della lista lavoro dell'Endocrinologia del giovedì pomeriggio dedicati alla lettura referto citologico dell' FNA). Il referto dell'Anatomia Patologica è scaricabile da TrakCare.

Pagamento Ticket Agoaspirato ed esame citologico FNA

Invitare il paziente a pagare il ticket per l'esame citologico contestualmente al pagamento del ticket per l'agoaspirato FNA eseguito nelle modalità previste dalla azienda Ulss7.

Scintigrafia Tiroidea

L'indagine scintigrafica tiroidea è l'unica indagine diagnostica in grado di evidenziare con buona accuratezza le aree di autonomia funzionale della tiroide. La capacità di identificare un nodo tiroideo mediante indagine scintigrafica dipende dallo stato funzionale e dalle dimensioni dello stesso oltre che dalle caratteristiche dell'apparecchiatura (Gamma Camera) impiegata per la acquisizione delle immagini. In generale i nodi vengono classificati in base allo stato funzionale in:

- 1) Nodi IPERcaptanti ("caldi"): captazione del radiofarmaco maggiore del parenchima tiroideo circostante
- 2) Nodi IPOcaptanti ("freddi"): captazione minore del parenchima circostante
- 3) Nodi ISOcaptanti: captazione pari a quella del parenchima circostante


È intuitivo che la funzione del nodo vada rapportata alla morfologia e ai suoi caratteri ecografici ottenuti con una ecografia della tiroide. Infatti un nodo freddo solido può avere un significato molto diverso da un nodo freddo corrispondente ad una formazione cistica.

L'incidenza di nodo "freddo" alla scintigrafia e solido alla ecografia nella popolazione è elevata e pari a circa 80-85%. Circa il 10-15% di tali nodi sono maligni. È importante pertanto, vista la bassa specificità, il follow-up ecografico ed eventuale citologia in base alla classe di rischio.

In caso di riscontro di nodi "caldi" alla scintigrafia (e solidi alla ecografia) la probabilità di nodo maligno è invece molto bassa (0.4-5%). Perciò generalmente un nodo caldo è da considerarsi benigno, specie se si accompagna a valori di TSH bassi/soppressi e non si raccomanda necessariamente la analisi citologica.

Per la scintigrafia tiroidea, viene generalmente utilizzato il ^{99m}Tc-Per tecnateo. La sua captazione è espressione del funzionamento della pompa sodio/iodio (NIS). In genere (paziente adulto di 70 KG) vengono somministrati 70-150 MBq per via endovenosa.

Preparazione: Non è necessario il digiuno. Devono essere sospesi farmaci interferenti sulla funzione tiroidea (vedi tabella). Nessuna altra preparazione richiesta.

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

Farmaco o Prodotto	Tempo di sospensione consigliata
Farmaci tireostatici (metimazolo, carbimazolo, PTU)	Da 3 a 15 giorni anche in dipendenza della funzione tiroidea
Ormoni Tiroidei: L-tiroxina L-tri-iodotironina	Almeno 10-20 giorni Almeno 3 giorni
Farmaci/prodotti contenenti iodio (es amiodarone, alcuni espettoranti alcuni prodotti a base di alghe)	Variabile da 1 a 6 mesi (dipende da dosaggio e durata del trattamento).
Mezzi di contrasto radiologici iodati endovena idrosolubili	1 mese

Incidentaloma tiroideo positivo alla PET/CT 18FDG

Premessa:

la PET/CT 18FDG non è indicata nell'inquadramento del nodo tiroideo, ma in corso di valutazioni oncologiche per altra indicazione è possibile riscontrare un'area focale ipercaptante nel parenchima tiroideo, definita "incidentaloma tiroideo". Tali aree si riscontrano in circa 1.2 - 4.3 % di tutte le indagini PET/CT con 18F-FDG.

Qualora tale area ipercaptante corrisponda ad un nodo alla ecografia, se in presenza di TSH normale, la probabilità di malignità di tale nodo solido ed ipermetabolico non è trascurabile (20-45 % con valore medio del 33%).

La gestione in fase diagnostica del nodo tiroideo captante il 18F-FDG, come già espresso in precedenza, in assenza di alterazioni funzionali, richiede l'esecuzione di FNA se il nodo sia maggiore di 5 mm.


FASE 2: PREPARAZIONE E TRATTAMENTO CHIRURGICO

Premessa:

La letteratura internazionale ha dimostrato inequivocabilmente che la percentuale di complicanze e l'outcome in chirurgia tiroidea sono direttamente correlati all'expertise ed ai volumi di attività degli operatori; pertanto tale chirurgia dovrebbe essere effettuata da chirurghi dotati di esperienza specifica ed adeguati volumi di attività, in setting con adeguati standard organizzativi e strutturali.

Requisiti strutturali e professionali

La chirurgia tiroidea deve pertanto essere praticata in strutture di riferimento, dotate di adeguati Servizi, da Chirurghi operatori con adeguate competenze individuali e professionali, adeguati volumi di attività e indici di complicanze accettabili comparabili agli standard internazionali di letteratura, come di seguito elencati:

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

Requisiti Strutturali della struttura sanitaria (Servizi)

Presenza di:

- anestesista in guardia attiva nella stessa sede;
- cardiologo in guardia attiva nella stessa sede;
- percorso per l'accesso a posti letto di Unità di Terapia Intensiva Rianimatoria (UTIR) o Cardiologica (UTIC), sia per interventi chirurgici programmati, sia per urgenze o emergenze, nella stessa sede;
- servizio di Anatomia Patologica in grado di soddisfare gli standard di qualità e di eseguire citologia, istologia (anche estemporanea), immunoistochimica, nella stessa sede o in sede collegata in Rete aziendale o regionale;
- diagnostica per immagini (radiologia — ecografia) h. 24 nella stessa sede. TC, RM nella stessa sede;
- Endocrinologo nella stessa sede o in sede collegata in Rete aziendale o regionale
- servizio di Logopedia nella stessa sede.
- servizio di Medicina Nucleare per indagini diagnostiche e per attività terapeutica, in sede collegata in Rete regionale o interregionale;
- laboratorio di analisi h. 24 attivo;
- servizio immunotrasfusionale h. 24 con disponibilità di sangue e suoi derivati, in elezione e in urgenza, nella stessa sede o in sede collegata in Rete aziendale o regionale;

Requisiti Professionali (Competenze individuali degli operatori):

- Presenza di almeno due chirurghi competenti in chirurgia tiroidea con adeguata casistica operatoria da primo e da secondo operatore
- adeguati e documentati percorsi di formazione e di aggiornamento,
- utilizzo di PDTA o di linee guida internazionali;
- presenza di infermieri con adeguata e consolidata esperienza assistenziale e con percorsi di aggiornamento e competenza a formare altri infermieri.


Il trattamento della patologia tiroidea deve essere condiviso con il paziente, dopo aver acquisito adeguato consenso informato; l'entità dell'exeresi (lobo-istmectomia versus tiroidectomia totale) deve essere concordato tenendo presente anche il rapporto rischi - benefici.

Indicazioni chirurgiche in relazione alla citologia

- Nodi benigni (TIR 2 e TIR 1c; eventualmente TIR1)

Non è ancora chiaro se pazienti con nodi con citologia benigna e dimensioni > 4 cm abbiano un rischio più elevato di malignità e debbano quindi essere trattati chirurgicamente. La terapia chirurgica nei nodi tiroidei con citologia benigna può essere considerata in alcuni casi, dopo avere adeguatamente informato il paziente del rapporto rischio-beneficio (percorso decisionale condiviso).

La terapia chirurgica (generalmente emi-tiroidectomia in caso di nodi singoli e isolati) può essere indicata nei pazienti con nodi con citologia TIR2, > 4 cm o inferiori, se in presenza di disturbi

REGIONE DEL VENETO 	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

compressivi o problemi estetici, tendenza all'accrescimento volumetrico o con caratteristiche clinico-ecografiche di sospetto e in caso di ipertiroidismo. Nei nodi cistici recidivanti può essere anche considerata la soluzione chirurgica, soprattutto in caso di fenomeni compressivi.

La chirurgia dovrebbe essere considerata per giungere ad una diagnosi "conclusiva" in caso di citologia diagnostica per benignità o ripetutamente non diagnostica, in un nodo con pattern ecografico sospetto.

- Nodo indeterminato (TIR 3A e 3B)

La terapia chirurgica del nodo a citologia TIR3A è indicata in caso di crescita volumetrica progressiva in corso di follow-up ecografico.

L'escissione chirurgica diagnostica è considerata il gold standard nella cura dei nodi TIR 3B dalla Consensus italiana.

Nel paziente con nodo solitario e con citologia indeterminata, la lobo-istmectomia tiroidea può essere il trattamento chirurgico iniziale di scelta.

Dato il rischio elevato di malignità, la tiroidectomia totale va preferita nei pazienti con citologia indeterminata, ma con aspetti cellulari suggestivi per malignità (pattern ecografico sospetto o dimensioni > 4 centimetri), o in pazienti con storia di carcinoma tiroideo o precedente esposizione a radiazioni.

Pazienti con nodo indeterminato e patologia nodulare bilaterale, quelli con significative comorbidità o quelli che preferiscono sin da subito la tiroidectomia totale, per evitare una successiva chirurgia del lobo controlaterale, possono essere sottoposti a tiroidectomia totale.

- Nodo con citologia sospetta per malignità (TIR 4-5)

NB: Se la citologia segnala sospetto il trattamento chirurgico è fortemente raccomandato come in quello con citologia maligna.


ITER PRE-OPERATORIO

Il paziente viene inviato dall'Endocrinologo direttamente allo specialista ORL dell'ospedale di Bassano del Grappa, fissa appuntamento per visita ORL chiamando la Segreteria ORL dell'ospedale di Bassano del Grappa (tel. 0424-888551/716) dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 – alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 16.00, in altro da questa orario inviare e-mail all'indirizzo orl@aulss7.veneto.it o fax al n. 0424-888717 indicando Cognome, Nome e data di nascita del paziente.

Il paziente verrà successivamente contattato dalla segreteria dell'ORL 1° Piano Poliambulatori.

Ambulatori ORL

La visita chirurgica ORL viene svolta presso gli ambulatori ORL posti al 1° piano, sopra la portineria dell'ospedale di Bassano del Grappa. Lo specialista ORL prende in carico il paziente:

REGIONE DEL VENETO 	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

- Genera impegnativa di visita ed esegue visita ORL, genera impegnativa per TC del collo con mezzo di contrasto
- Compila la PROPOSTA DI PRESA IN CARICO PAZIENTE - Scheda di accesso in Day Hospital (Allegato) definendo la Classe di priorità per l'esecuzione dell'intervento e la tipologia di ricovero (week surgery o ricovero ordinario per patologia oncologica)
- Informa il paziente rispetto al trattamento chirurgico proposto, consegna informativa
- Segreteria ORL: Invio della PROPOSTA DI PRESA IN CARICO PAZIENTE al Day Hospital ORL 4° piano.

Day Hospital ORL Pre-ricoveri

Il Day Hospital Pre-ricoveri riceve la proposta di intervento "PROPOSTA DI PRESA IN CARICO PAZIENTE – Scheda di accesso in Day Hospital (Allegato) compilata dall'Otorinolaringoiatra.

Il personale infermieristico contatta il paziente in base alle priorità segnalate nella PROPOSTA e fornisce gli appuntamenti per:

- esami ematochimici
- esami strumentali ecg e rx torace
- eventuali altri esami strumentali
- visita anestesilogica per anestesia generale
- tampone molecolare per Covid -19
- verifica al primo accesso che i moduli del consenso informato sono stati compilati


Esami ematochimici e indagini da eseguire:

- Esami previsti da ALTA CHIRURGIA:
 - Al Profilo 3 si aggiunge calcitonina e PTH
 - Al Profilo 4 si aggiunge FT3 FT4 TSH, calcitonina e PTH
- visita endocrinologica se non già eseguita
- valutazione della motilità delle corde vocali in caso di sospetta sua alterazione o per re-interventi e patologia maligna (se non già valutata in prima visita)

Il paziente può accedere ai servizi per la preparazione da 2 a 3 volte, in ogni caso l'ultimo accesso lo fa per eseguire tampone molecolare Covid-19 presso i punti tamponi dei presidi ospedalieri.

Durante il Day Hospital si svolgono gli accertamenti previsti al punto sopra e si compila:

- accertamento infermieristico
- verbale di ricovero (apertura amministrativa del ricovero da parte del servizio accettazione, stampa etichette paziente)
- consegna brochure informativa al paziente (come prepararsi all'intervento, modulo della DMO)
- consenso privacy e consenso covid-19

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

Alla conclusione dell'iter diagnostico, lo specialista ORL valutando i riscontri degli esami ematochimici e strumentali, inserirà il paziente nella Lista Operatoria. Il personale infermieristico dei Pre-ricoveri contatterà il paziente per riferire della data dell'intervento e delle modalità di accesso nell'unità operativa di degenza.

Il giorno dell'intervento il paziente deve essere a digiuno dalla mezza notte (no acqua, astinenza da fumo dal giorno precedente l'intervento). L'orario di accesso al reparto viene stabilito in base alla lista operatoria.

Giorno del ricovero

Il paziente viene ricoverato nell'unità operativa di degenza Chirurgia Specialistica 4° piano Lato Est.

- Accoglienza e Identificazione del paziente
- Valutazione della documentazione clinica completa (consenso informato, prospetto terapeutico e antibiotico profilassi se prevista) e assegnazione posto letto
- Rilevazione parametri vitali e preparazione del paziente per la sala operatoria

PROCEDURE CHIRURGICHE

- Lobo-istmectomia (lobo + istmo + lobo piramidale)
- Tiroidectomia totale

Indicazioni alla lobo-istmectomia

Assolute: nodi TIR 2 (ove indicato); adenomi iperfunzionanti isolati

Relative: nodi TIR3, in assenza di nodularità lobari controlaterali, anche in base alle preferenze del paziente e dopo aver discusso il rapporto rischio-beneficio

Indicazioni a tiroidectomia totale

Gozzo nodulare sintomatico per disturbi da compressione

Gozzo nodulare iperfunzionante (possibilmente in eutiroidismo farmacologico)

Nodo con citologia sospetta per malignità (TIR 4-5)

Iter post-chirurgico


Durante la degenza

Dopo tiroidectomia totale:

- Assistenza post operatoria: valutazione parametri vitali, valutazione funzionalità drenaggi, sintomi riferiti dal paziente (es. difficoltà alla deglutizione)
- monitoraggio quotidiano di calcemia (ed eventualmente di PTH): se Calcemia totale < 8.0 mg/dL: terapia con calcio per os [1-4 gr/die] +/- calcitriolo [0.25-1.0 microgrammi/die]; in caso di ipocalcemia sintomatica refrattaria al trattamento orale: calcio gluconato endovena

Alla dimissione

- Prima visita chirurgica di controllo a 5 giorni dalla dimissione (ricovero di 2-3 notti): la visita prevede la medicazione della ferita chirurgica, programmazione esami di TSH, FT3 FT4

REGIONE DEL VENETO 	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

emocromo calcio, fosforo e PTH. A 10 giorni visita chirurgica per togliere punti e visione degli esami ematochimici.

- La segreteria ORL 1° Piano Poliambulatori con referti esami, visita ORL di controllo e referto dell'esame istologico, si fissa appuntamento per visita endocrinologica.
- se istologia benigna: L-tiroxina + visita endocrinologica a 4 settimane con dosaggio TSH in modalità post-dimissione
- se ipocalcemia: dosaggio Calcemia settimanale + visita endocrinologica a 20 giorni con dosaggio di Calcemia totale, fosforo, PTH in modalità post-dimissione
- visita endocrinologica in post dimissione:
 - se istologia benigna follow up
 - se istologia maligna invio del paziente in visita radioterapica presso la UOC Radioterapia IOV Padova per eventuale RAI

FASE 3: TERAPIA MEDICA E FOLLOW-UP

FOLLOW-UP DEI NODI TIROIDEI BENIGNI

Follow-up dei nodi TIR2


Premessa: il rischio che un nodo benigno sia falsamente negativo è di circa 1-2%.

2 FNA con riscontro di benignità escludono virtualmente il rischio di malignità. Studi recenti dimostrano che tale rischio correla più con le caratteristiche ecografiche che con il pattern di crescita al follow-up.

Il nodo tiroideo con caratteristiche ecografiche altamente sospette, nonostante l'esito citologico negativo per malignità, indipendentemente dal pattern di crescita, va sottoposto entro 4-6 mesi a controllo FNA-ecoguidato.

Dopo 2 FNA con esito negativo per malignità si può sospendere il follow-up ecografico, a meno che le dimensioni iniziali non siano >2 cm o, pur con diametri inferiori, di fronte a caratteri sospetti. Una ecografia di controllo può essere eseguita dopo 24-36 mesi nel sospetto anamnestico o clinico di insorgenza di altra patologia nodulare.

In caso di nodo tiroideo con caratteristiche ecografiche di rischio intermedio- basso si ripeterà solo l'ecografia dopo 12 mesi; in caso di rischio molto basso e dimensioni stabili nel tempo, si ripeterà solo l'ecografia dopo 24 mesi.

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

In tutti i casi si ripeterà FNA qualora il nodo cambi le proprie caratteristiche virando verso una classe ad alto rischio o se il volume raddoppi o se uno dei diametri aumenti più del 20 % o di almeno 2 mm.

Follow-up di nodi solidi non sottoposti a FNA

Premessa: Studi ultrasonografici dimostrano che circa il 50% della popolazione adulta presenta nodi tiroidei generalmente sub-centimetrici; la maggior parte di questi noduli possono non essere sottoposti a FNA.

Attualmente mancano studi prospettici che indichino l'ottimale strategia gestionale di nodi non sottoposti a FNA, anche se sono disponibili evidenze che nodi sub-centimetrici, con caratteristiche ecografiche di rischio molto basso/basso, non cambiano la loro morfologia nell'arco di 5 anni.

Il follow-up va programmato in base alle caratteristiche ecografiche alla 1° valutazione:

- rischio alto: ripetere ecografia dopo 6-12 mesi
- rischio intermedio-basso: ripetere ecografia dopo 12 mesi
- rischio molto basso e dimensioni < 1 cm (inclusi noduli spongiformi e puramente cistici): il controllo ecografico dopo 24 mesi.

Terapia medica dei nodi tiroidei benigni

Premessa: l'Italia è un paese a carenza iodica lieve-moderata, questo favorisce le iperplasie diffuse e nodulari a livello tiroideo, a loro volta fattore di rischio per cancro della tiroide.


L'adeguato apporto di iodio riduce sia la crescita dei nodi che il rischio di malignità indotto da radiazioni ionizzanti, che quello di varianti istologiche più aggressive di carcinoma tiroideo.

La terapia con L-tiroxina con la finalità di sopprimere il TSH nei nodi benigni eutiroidei non è raccomandata; non sono ancora dimostrati gli effetti positivi di tale terapia soppressiva di TSH ed il rapporto rischio-beneficio nei confronti di insorgenza di aritmie cardiache e osteoporosi non è favorevole.

In tutti i pazienti con nodi tiroidei benigni va assicurato un adeguato apporto alimentare di iodio (150 mcg/die nell'adulto, 220-250 mcg/die durante gravidanza e allattamento) ed integrato se necessario.

Dopo l'intervento di lobectomia è ragionevole trattare con L-tiroxina per mantenere i valori di TSH a livelli pre-intervento, soprattutto nei pazienti con concomitante tiroidite cronica autoimmune.

Dopo l'intervento di tiroidectomia totale con confermata istologicamente la benignità, è indicata la terapia con L-tiroxina allo scopo di mantenere il TSH e gli ormoni tiroidei nel range di norma.

REGIONE DEL VENETO 	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

QUADRI CLINICI PARTICOLARI

Gozzo multinodulare

Premessa: il potenziale di malignità è identico nei nodi singoli o multipli.

Nel gozzo multinodulare la decisione di sottoporre a FNA i nodi va considerata in base alla stratificazione ultrasonografica di rischio, come nel caso del nodo singolo.

Nel caso i nodi non presentino caratteristiche sospette si possono adottare 2 strategie: FNA su quelli > 2 cm o effettuare follow-up solamente ecografico

Nodi tiroidei in gravidanza

Non è noto se i noduli riscontrati durante la gravidanza siano a maggior rischio neoplastico; possono peraltro aumentare di dimensioni, sebbene questo non implichi trasformazione neoplastica.

La gravidanza non altera le caratteristiche cellulari microscopiche e quindi è sempre valida la classificazione citologica standard.

Nelle pazienti con TSH normale o alto, lo FNA può essere effettuato solo in nodi ad alto rischio ecografico c/o in presenza di linfadenomegalie sospette e forte preoccupazione della paziente, considerando la stratificazione del rischio ultrasonografico, dimensionale e clinico.

Nelle pazienti con TSH al di sotto del range di normalità, oltre la 16a settimana di gestazione, è preferibile attendere il parto ed eseguire FNA nei nodi (iso- o ipo-captanti) sempre in base alla stratificazione di rischio del nodo.

Se l'esito di FNA risulti indeterminato in gravidanza, si consiglia di proseguire con monitoraggio clinico-ecografico e rimandare il controllo dopo il parto o l'allattamento.

Se FNA risulta sospetto c/o diagnostico per carcinoma tiroideo, utile somministrare L-tiroxina con intento di portare il TSH fra 0.3 e 1 e monitorare ecograficamente, rimandando la chirurgia al post-partum, sempre in assenza di evolutività clinica ed ecografica.

Indicatori del PDTA

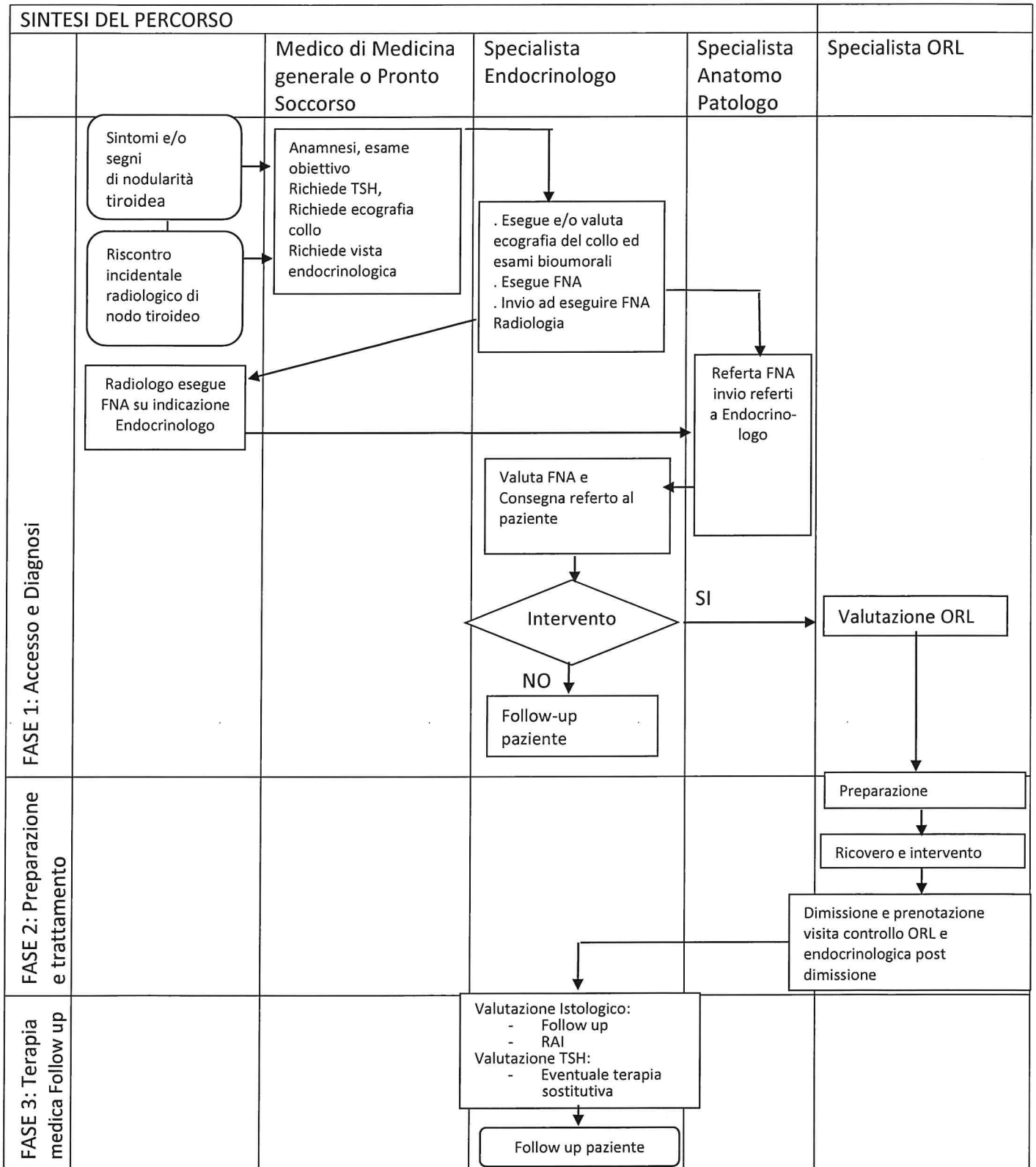
Indicatore	Target
% di FNA non diagnostici (TIR 1)	<20%
% di FNA TIR 3B inviati dall'endocrinologo al chirurgo per intervento	90%
Tempo di attesa per referto citologico	3-10 giorni lavorativi
Numero interventi di tiroidectomia (riferimento aziendale 40/anno)	+10%


Monitoraggio

La valutazione degli indicatori proposti è effettuata con cadenza annuale.




**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA
PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE**



REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Presidi Ospedalieri	PR75152AZ.000
	UOC Medicina Generale	Rev. n. 00 del 02/12/2021
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE		

Allegato

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA		PROPOSTA PRESA IN CARICO PAZIENTE Scheda di accesso D.H.		Unità Operativa Complessa di ORL Direttore dr. Luigi Romano
Presidio ospedaliero Spoke Bassano				
Data visita.....		Medico Referente.....		Lista attesa n. /anno.....
Cognome e Nome:				nato il:
e-mail:		Cod. Fiscale:		
n. di cell.:		cod. sanitario:		
Residente a:		Via:		n.
Proveniente da: <input type="checkbox"/> visita ambul. SSN <input type="checkbox"/> accesso al PS <input type="checkbox"/> libera professione (con impegnativa MMG) <input type="checkbox"/> consulenza reparto				
SOSPETTO DIAGNOSTICO:				
INTERVENTO PROPOSTO:				
Tipo di anestesia: <input type="checkbox"/> Generale <input type="checkbox"/> Sedazione <input type="checkbox"/> Plessica <input type="checkbox"/> Spinale <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Topica				
Allergia a : Farmaci: _____ Metallo o altro: _____				
Assunzione di: <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Antiaggregante <input type="checkbox"/> Altro				
Priorità proposta: <input type="checkbox"/> A (entro 30 gg) <input type="checkbox"/> B (entro 60 gg) <input type="checkbox"/> C (entro 90 gg) <input type="checkbox"/> D (entro 180 gg) <input type="checkbox"/> E (entro 1 anno)				
PATOLOGIE: _____				

TIPO DI CHIRURGIA

(barrare) X

PICCOLA CHIRURGIA (es. adenoidi, MLS, faringoplastica anteriore...)	<input type="checkbox"/>	Profilo 1 Visita anestesiologicala RX ed ECG se età superiore ai 45 anni	<input type="checkbox"/>
MEDIA CHIRURGIA (es. tonsille adulti, SPL, FESS, TPL, STP, MPL, DCR.....)	<input type="checkbox"/>	Profilo 1 Visita anestesiologicala RX ed ECG se età superiore ai 45 anni	<input type="checkbox"/>
Tonsille bambini (fino a 14 anni)	<input type="checkbox"/>	Profilo 2 Visita anestesiologicala	<input type="checkbox"/>
ALTA CHIRURGIA (tiroide, parotide, TORS)	<input type="checkbox"/>	Profilo 3 Visita anestesiologicala RX ed ECG	<input type="checkbox"/>
ALTA CHIRURGIA (tumori)	<input type="checkbox"/>	Profilo 4 Visita anestesiologicala RX ed ECG	<input type="checkbox"/>

FIRMA DEL MEDICO

AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/>
DAY SURGERY	<input type="checkbox"/>
WEEK SURGERY	<input type="checkbox"/>
RICOVERO ORDINARIO	<input type="checkbox"/>

