

LE PAZIENTI CON CANCRO MAMMARIO PRESENTANO UN MAGGIORE RISCHIO DI SVILUPPARE UN CARCINOMA TIROIDEO

Responsabile Editoriale
Vincenzo Toscano

In occasione del *meeting* annuale dell'*Endocrine Society* sono stati presentati i risultati ottenuti dal *database* SEER 9 (*Surveillance Epidemiology and End Results* 9) del *National Cancer Institute* USA (1,2). Sono stati raccolti i dati del periodo fra il 1973 e il 2011: 707.678 donne con cancro mammario e 52.939 donne con cancro tiroideo, per una coorte complessiva pari al 9% della popolazione statunitense. Di queste, 1526 hanno presentato un carcinoma tiroideo dopo quello mammario, 704.405 hanno presentato solo cancro mammario, 49.663 hanno presentato solo cancro tiroideo, mentre 1.750 hanno avuto cancro mammario dopo il cancro tiroideo e sono state quindi escluse dalla valutazione.

L'analisi statistica ha documentato che **nelle donne con cancro mammario il rischio di presentare un carcinoma tiroideo entro 10 anni era:**

- **16% vs 0.33%** della popolazione generale quando il cancro mammario era diagnosticato nella IV decade di vita;
- 12% vs 0.35% quando diagnosticato nella V decade;
- non aumentato nelle donne con diagnosi di cancro mammario nella VI e VII decade.

Nell'ambito delle donne con cancro mammario, quelle che hanno sviluppato successivo carcinoma tiroideo (vs le altre) erano più giovani (54 vs 61 anni, $p < 0.001$), avevano tumori mammari più grandi (18 vs 15 mm, $p = 0.001$) e sviluppavano più frequentemente carcinoma duttale invasivo (7.6% vs 5.5%, $p = 0.002$).

Confrontando le donne con carcinoma tiroideo senza cancro mammario con quelle che avevano sviluppato anche il cancro mammario, queste ultime presentavano tumori tiroidei più piccoli (11 vs 13 mm, $p = 0.004$) e con istologia che richiedeva meno frequentemente terapia radiometabolica (37% vs 45.5%, $p < 0.001$). Nelle donne che sviluppavano il carcinoma tiroideo dopo quello mammario, era però maggiore la frequenza delle varianti istologiche più aggressive (papillare variante *tall-cell*, follicolare ossifilo e anaplastico), che generalmente sono poco responsive al trattamento radiometabolico.

Le **ragioni** che potrebbero sottendere a questa **associazione** comprendono prima di tutto l'esposizione alla radioterapia esterna cui le donne con cancro alla mammella vengono esposte nei protocolli terapeutici adiuvanti. Le donne con cancro mammario che sviluppano carcinoma tiroideo ricevevano più frequentemente terapia radiante rispetto a quelle che presentavano il solo tumore mammario (48% vs 44%, $p = 0.021$), anche se questa variabile non appariva un predittore indipendente del rischio di sviluppare carcinoma tiroideo. Un altro motivo potrebbe essere semplicemente l'aumentata sorveglianza oncologica. I dati estrapolati dal *database* offrono, infatti, una valutazione statistica di tipo associativo, quindi non è chiara la relazione temporale fra la diagnosi di cancro mammario e la genesi del carcinoma tiroideo, che, a causa della bassa aggressività e storia naturale molto lunga delle neoplasie tiroidee differenziate potrebbe essersi in realtà sviluppato prima di quello mammario, per poi venire diagnosticato più tardivamente; in tal senso l'associazione sarebbe casuale piuttosto che causale.

Altro aspetto interessante è che la sopravvivenza a 5 anni delle donne con cancro mammario è significativamente aumentata nelle ultime decadi (circa il 90% negli USA - 87% in Italia - 3), dato che rende estremamente probabile la successiva comparsa di secondi tumori primitivi più che di metastasi della prima neoplasia diagnosticata, concetto già osservato anche da altri autori (4).



In **conclusione**, come già osservato nella popolazione generale femminile sana, anche nelle donne con pregresso cancro mammario, il carcinoma della tiroide colpisce donne sempre più giovani e si presenta con lesioni sempre più piccole e meno aggressive. Poiché anche in Italia il tumore della mammella rappresenta il tumore più frequente che colpisce il sesso femminile (29% del totale delle neoplasie maligne) e il carcinoma tiroideo occupa il 4° posto di questa classifica di frequenza (5% del totale delle neoplasie maligne nel sesso femminile), ma addirittura il 2° posto nelle donne di 0-49 anni (3), appare comprensibile l'implicazione clinica di questa associazione statistica: **sarebbe probabilmente utile uno screening ecografico delle pazienti con neoplasia mammaria, specie quelle sottoposte a radioterapia esterna**, indipendentemente dai riscontri incidentali (si pensi a TC o PET) di tireopatie nodulari nel corso del *follow-up* oncologico mammario.

Bibliografia

1. Hong Kuo J, et al. Increased incidence of thyroid cancer among breast cancer survivors: an analysis of the SEER 9-database. The Endocrine Society Annual Meeting [2015: abstract THR-044-059](#).
2. <http://seer.cancer.gov>.
3. Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM) e Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). Report [2014](#).
4. Oeffinger KC, et al. Solid tumor second primary neoplasms: who is at risk, what can we do? *Semin Oncol* [2013, 40: 676-89](#).