

“L’EPIDEMIA” DI CANCRO DELLA TIROIDE

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

In Sud Corea nel 2011 è stato osservato un tasso di **diagnosi di tumore della tiroide 15 volte maggiore** di quello registrato nel 1993, **ma la mortalità** per tumore della tiroide è rimasta del tutto **invariata** (1). Questi risultati hanno suggerito una condizione di sovra-diagnosi, attribuibile allo *screening* ecografico gratuito fornito dal governo in questi anni.

Nel marzo 2014, una commissione *ad hoc* ha divulgato una lettera aperta al pubblico, sottolineando lo straordinario aumento di incidenza di cancro della tiroide in Sud Corea e proponendo di non incoraggiare ulteriormente lo *screening* ecografico. La lettera è stata ampiamente ripresa da giornali e televisioni, che hanno spiegato le ragioni di questa sovra-diagnosi (e conseguente impennata di tiroideomie). A seguito di questa campagna informativa, gli interventi di tiroideomia per tumore della tiroide sono calati del 35% dal 2014 al 2015 (2).

Gli autori che hanno pubblicato questi risultati hanno valutato l’ipotesi che una riduzione nel numero di diagnosi e di interventi chirurgici potesse tradursi in un aumento della mortalità per cancro della tiroide, ma hanno ritenuto inverosimile questa possibilità, perché l’aumento drammatico nel numero di diagnosi e di interventi era stato rappresentato dal carcinoma papillare (“un reperto istologico -dicono- talmente prevalente da considerarsi una variante della normalità piuttosto che una malattia mortale”) e non aveva portato a una riduzione consensuale della mortalità.

L’Associazione Coreana della Tiroide si è schierata invece in favore dello *screening* ecografico, sostenendo che lo *screening* stesso e il relativo trattamento devono considerarsi “diritti umani basilari”. Nonostante ciò, le linee guida coreane per lo *screening* dei tumori, riguardo al cancro della tiroide, si sono espresse contro l’esecuzione *routinaria* dell’ecografia della tiroide in soggetti sani (3).

Comunque la si pensi, questa esperienza impone all’endocrinologo di **ponderare l’atteggiamento terapeutico** (chirurgia, terapia radio-metabolica, terapia soppressiva con L-T4), forse a tutt’oggi **troppo spesso ingiustificatamente aggressivo**. Ulteriore elemento di riflessione deriva dall’evidenza che i pazienti trattati per tumore differenziato della tiroide presentano, rispetto ai controlli, un **rischio** più che raddoppiato di **fibrillazione atriale** e un rischio più che triplicato di **osteoporosi** per valori di TSH ≤ 0.4 mIU/L (4,5). Non è un caso se le recenti linee guida ATA hanno di fatto sostenuto una gestione più moderata del cancro tiroideo, limitando, ove possibile, l’estensione della chirurgia e l’uso della terapia radio-metabolica (6).

Bibliografia

1. Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea’s thyroid-cancer “epidemic” — screening and overdiagnosis. *N Engl J Med* [2014, 371: 1765-7](#).
2. Ahn HS, Welch HG. South Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic"—Turning the Tide. *N Engl J Med* [2015, 373: 2389-90](#).
3. Yi KH, Kim SY, Kim DH, et al. The Korean guideline for thyroid cancer screening. *J Korean Med Assoc* [2015, 58: 302-12](#).
4. Klein Hesselink EN, Lefrandt JD, Schuurmans EP, et al. Increased risk of atrial fibrillation after treatment for differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* [2015, 100: 4563-9](#).
5. Wang LY, Smith AW, Palmer FL, et al. Thyrotropin suppression increases the risk of osteoporosis without decreasing recurrence in ATA low- and intermediate-risk patients with differentiated thyroid carcinoma. *Thyroid* [2015, 25: 300-7](#).
6. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* [2016, 26: 1-133](#).



Roberto Negro (robnegro@tiscali.it)
Endocrinologia, Ospedale Fazzi, Lecce