

## IMPATTO DELLA TIROIDITE DI HASHIMOTO SU CITOLOGIA TIROIDEA E RISCHIO DI K TIROIDEO

La tiroidite di Hashimoto (TH) rappresenta la malattia autoimmune più comune, arrivando a colpire il 2-15% della popolazione generale. La sua patogenesi riconosce un'inflammatione cronica sostenuta dall'autoimmunità cellulo-mediata e anticorpo-mediata, la quale induce una progressiva flogosi della tiroide. Nel 1873, Rudolf Virchow propose un'associazione fra inflammatione cronica e sviluppo di neoplasia maligna; classici esempi sono l'adenocarcinoma del colon nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino e l'epatocarcinoma nell'epatite cronica. Per questa ragione è stato postulato per molto tempo che la TH potrebbe essere una concausa dello sviluppo del carcinoma tiroideo (CT).

In un recente **studio di coorte prospettico** (1) si è indagata la possibile associazione fra TH e CT in circa **10.000 adulti** ( $\geq 18$  anni) con noduli tiroidei  $\geq 1$  cm, valutati per tireopatia nodulare fra il 1995 e il 2017; di questi, l'84% erano donne e l'età media era di 52 anni.

La diagnosi di TH veniva posta sulla base di: anticorpi anti-tireoperossidasi positivi (TPO-Ab), valutati però solo in un quarto dei pazienti; risultati citologici/istologici suggestivi di tireopatia autoimmune; quadro ecografico tipico (ipoecogenicità/eterogeneità dell'ecostruttura), in quest'ultimo caso anche se con TPO-Ab non dosati o negativi. L'agoaspirato dei noduli (FNA) veniva eseguito mediante l'uso del ThinPrep e i preparati valutati sulla base del sistema Bethesda.

La prevalenza di TH nella popolazione indagata era del 27%; di tutti i noduli rilevati (circa 20.000), il 66% è stato sottoposto a FNA.

**La presenza di TH aumentava il rischio di citologia indeterminata** (20.6% vs 17.1%,  $p < 0.01$ ; rischio relativo – RR – 1.3) **e di citologia maligna** (10.3% vs 6.8%,  $p < 0.01$ ; RR 1.7).

Nel complesso, sono stati indirizzati a tiroidectomia 3186 pazienti: all'atto della valutazione statistica dei dati istologici, i micro-carcinomi occulti riscontrati sono stati esclusi. TH si associava a CT nel 23.3% vs 15.9% nei pazienti non-TH (RR 1.6). Non è stata osservata nessuna differenza significativa in termini di aggressività tumorale nei pazienti con TH.

Gli autori, sulla base dei loro dati, concludono che **un nodulo tiroideo nell'ambito di TH ha un rischio del 45% più alto di essere un CT.**

### Commento

Questo studio trasmette un messaggio chiaro, anche se ha qualche **limite metodologico**: la scelta di escludere noduli  $< 1$  cm e micro-carcinomi occulti, il fatto che i TPO-Ab non siano stati dosati in tutti i pazienti e che le valutazioni ecografica, cito-aspirativa e anatomo-patologica siano state compiute da operatori singoli.

Sicuramente sono necessari ulteriori studi prospettici e randomizzati, per comprendere se l'associazione fra TH e CT sia reale e se sia mediata da meccanismi immunologici, che ancora oggi devono essere dimostrati da studi sperimentali, e non frutto di una casuale concomitanza di due patologie molto frequenti, sempre più facilmente diagnosticate con l'ampia diffusione dell'ecografia.

### Bibliografia

1. Silva da Morais N, et al. The impact of Hashimoto thyroiditis on thyroid nodule cytology and risk of thyroid cancer. J Endocr Soc [2019, 3: 791-800](#).

