

PROGNOSI CARCINOMA PAPILLARE TIROIDEO: STUDIO OSSERVAZIONALE A LUNGO TERMINE

L'incidenza del carcinoma papillare della tiroide (CPT) è costantemente aumentata nelle ultime decadi, mentre la mortalità è rimasta sostanzialmente stabile. Un gruppo di autori giapponesi ha recentemente pubblicato uno **studio osservazionale retrospettivo** monocentrico, allo scopo di rivalutare le variazioni nel tempo di mortalità e rischio di recidiva di questa neoplasia.

Sono stati inseriti **466 pazienti** adulti (> 18 anni) seguiti presso un centro universitario di Tokyo, con un **follow-up** mediano di **18.4 anni**.

Terapia iniziale (tra 1981 e 1991):

- tiroidectomia: totale in 75 pazienti (16.1%) e *less than total* (subtotale, parziale, enucleo-resezione, intervento di Dunhill) in 391 (83.9%);
- linfadenectomia: solo compartimento centrale in 37 pazienti (7.9%), associata a latero-cervicale in 420 (90.1%);
- radioiodio: solo 1.5% dei pazienti.

Criteri di esclusione: residuo post-chirurgico macroscopico di malattia, metastasi a distanza precedenti all'intervento.

End-point primario: mortalità causa-specifica.

End-point secondario: recidiva, confermata con esame citologico o istologico.

Mortalità tumore-specifica

25 pazienti sono deceduti (5.4%):

- entro i primi 10 anni dalla chirurgia: 44%;
- tra 10 e 20 anni: 40%;
- tra 20 e 30 anni: 16% (4 casi).

In rapporto al tempo trascorso dalla chirurgia, si è osservato un picco a 10 anni, un *nadir* a 14 anni e poi un secondo picco maggiore a 20 anni, per i pazienti ad alto rischio, con un andamento pressoché piatto per i pazienti a basso rischio (T1N0M0, TNM 8° edizione).

Cause di morte:

- metastasi a distanza: 80% (polmonari in 19 casi, vertebrali in 1);
- recidiva loco-regionale: 16% (4 casi);
- stenosi tracheo-esofagea: 4% (1 caso).

Fattori di rischio: età ≥ 55 anni.

Rischio di recidiva

Si sono verificati 84 casi di recidiva (18%) dopo chirurgia:

- entro i primi 10 anni: 54.8% (circa il 65% dei quali entro i primi 5 anni);
- tra 10 e 20 anni: 34.5%;
- tra 20 e 30 anni: 8.3%;
- dopo i 30 anni: 2.4% (2 casi).

In rapporto al tempo trascorso dalla chirurgia, si è osservato un picco a 12, 22 e 29 anni per i pazienti ad alto rischio e un solo picco intorno ai 20 anni per i pazienti a basso rischio.

Fattori di rischio: età ≥ 55 anni, dimensione tumorale > 4 cm, estensione extra-nodale, presenza di metastasi linfonodali.

Commento

Lo studio ha come principale punto di forza la lunghezza del *follow-up* e il numero di pazienti.



Numerosi sono i **limiti e potenziali bias**, legati soprattutto al disegno retrospettivo; ad esempio, non sono noti: variante istologica del tumore, numero e dimensioni delle metastasi linfonodali, modalità dettagliata del *follow-up*, eventuali terapie successive al primo intervento. Soprattutto, la diversità del tipo di chirurgia iniziale era sicuramente in grado di condizionare gli *end-point* dello studio. Ancora, si tratta di una coorte di pazienti giapponesi e i risultati potrebbero non essere applicabili a tutte le etnie. Infine, non si può escludere che la *performance* diagnostica degli attuali metodi di *follow-up* (sensibilità della tireoglobulina e accuratezza dell'ecografia) sia in grado di influenzare la prognosi in maniera significativamente diversa.

Pur con i limiti suddetti, lo studio conferma che il CPT è una neoplasia a bassa aggressività e con prognosi eccellente. È tuttavia importante sottolineare come la mortalità, il rischio di recidiva e l'impatto clinico di questa patologia non siano trascurabili e meritino perciò la giusta attenzione. Si conferma inoltre la necessità di un *follow-up* a lungo termine, dal momento che sono **possibili recidive anche dopo molti anni e nei pazienti a basso rischio**.

Solo un'**accurata stadiazione iniziale** e una **stratificazione dinamica del rischio** possono consentire di individualizzare la prognosi e personalizzare meglio modalità e intensità del *follow-up*.

Bibliografia

1. Dong W, Horiuchi K, Tokumitsu H, et al. Time-varying pattern of mortality and recurrence from papillary thyroid cancer: lessons from a long-term follow-up. *Thyroid* [2019, 29: 802-8.](#)