

## MICRO-CARCINOMA TIROIDEO: FATTORI ASSOCIATI ALLA DIAGNOSI E ALLA TERAPIA

Negli ultimi anni si è registrata una crescita dell'incidenza di carcinoma tiroideo correlata a un incremento della diagnosi di nuovi casi di micro-carcinoma (tumori tiroidei con diametro massimo  $\leq 1$  cm). In considerazione della relativa scarsa aggressività biologica del micro-carcinoma tiroideo e del conseguente rischio di inappropriatelyzza per eccesso, le linee guida (ATA e AACE/ACE/AME) limitano l'indicazione all'esame citologico a lesioni focali con diametro massimo:

- $\geq 1$  cm e con aspetto ecografico a rischio intermedio (1, 2) o alto (3);
- tra 0.5 e 1 cm, in caso di localizzazione sub-capsulare o para-tracheale, sospetta estensione linfonodale o extra-tiroidea, storia personale o familiare di carcinoma tiroideo, riscontri clinici sospetti (ad esempio disfonia) (3).

Nonostante tali raccomandazioni, nella pratica clinica oltre 1/3 delle diagnosi istologiche di tumore tiroideo è rappresentato da micro-carcinomi.

A questo proposito, Esfandiari e coll hanno recentemente pubblicato i risultati di una **survey su pazienti con diagnosi istologica di tumore tiroideo** registrati negli USA nel 2014-2015, mirata a valutare il percorso che ha portato alla diagnosi di neoplasia tiroidea e le indicazioni all'intervento chirurgico (4). Su 2563 pazienti sottoposti a tiroidectomia nel 2014-2015, è stato osservato che i **micro-carcinomi tiroidei (38% del campione)**, rispetto ai carcinomi con diametro  $> 1$  cm erano:

- diagnosticati più frequentemente in donne (OR = 1.51), in età  $> 44$  anni (OR = 1.62), meno frequentemente in soggetti asiatici (OR = 0.67) e ispano-americani (OR = 0.71);
- meno frequentemente percepiti palpatariamente dal paziente (OR = 0.72);
- identificati più frequentemente con l'ecografia rispetto ad altre metodiche diagnostiche (OR = 1.59).

I noduli scoperti con l'ecografia sono risultati più frequentemente micro-carcinomi (OR = 1.75) e sono i tumori la cui diagnosi viene più frequentemente comunicata al paziente dall'endocrinologo rispetto agli altri specialisti (OR = 1.94).

Infine, la diagnosi di micro-carcinoma è più spesso posta in pazienti sottoposti a tiroidectomia per presenza di gozzo o noduli indeterminati.

Considerati nel complesso, i risultati di questo studio suggeriscono che, almeno nel contesto americano, i micro-carcinomi seguono due diversi percorsi diagnostici:

1. un percorso che parte dall'ecografia del collo, in cui è spesso coinvolto l'endocrinologo;
2. un riscontro istologico incidentale dopo tiroidectomia indicata per ragioni diverse dal sospetto di neoplasia tiroidea.

È ben nota la correlazione tra estensivo impiego dell'ecografia nei soggetti di età  $> 64$  anni e l'incremento dei nuovi casi di carcinoma tiroideo a basso rischio (5); il lavoro di Esfandiari e coll rafforza ulteriormente tale correlazione e la estende anche a soggetti di età meno avanzata, sottolineando il **rischio di inappropriatelyzza soprattutto nelle donne e in soggetti  $> 44$  anni**.

Pertanto, **per ridurre il rischio di inappropriatelyzza** per eccesso, con incremento di procedure diagnostico-terapeutiche invasive, quali ago-aspirato tiroideo, tiroidectomia e terapia radioiodio-metabolica (6), può essere utile:

- evitare lo *screening* ecografico in soggetti asintomatici e con obiettività palpatoria del collo negativa;
- limitare la citologia ai noduli con diametro massimo  $> 1$  cm (o a quelli con diametro di 0.5-1 cm soltanto se in coerenza con le raccomandazioni AACE/ACE/AME);
- nei casi di micro-carcinoma sospetto o certo, limitare l'estensione dell'intervento alla lobectomia e limitare le indicazioni alla terapia radioiodio-metabolica.

Almeno nel contesto italiano e finché non vi saranno ulteriori studi a supporto, appare più difficile il ricorso ai programmi di sorveglianza attiva nei casi di micro-carcinomi tiroidei citologicamente accertati.

Una migliore comprensione delle motivazioni che portano all'eccessiva esecuzione di valutazione ecografica del collo potrà consentire interventi mirati a ridurre la sovra-diagnosi e l'*overtreatment* dei micro-carcinomi tiroidei.



**Davide Brancato** ([davide.brancato@libero.it](mailto:davide.brancato@libero.it))

UOC Medicina Interna, Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia e l'Impianto dei Microinfusori,  
Ospedale di Partinico, ASP Palermo

### Bibliografia

1. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. American Thyroid Association. *Thyroid* [2009, 19: 1167-214](#).
2. 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](#).
3. Gharib H, Papini E, Garber JR, et al; AACE/ACE/AME task force on thyroid nodules. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules -- 2016 update. *Endocr Pract* [2016, 22: 622-39](#).
4. Esfandiari NH, Hughes DT, Reyes-Gastelum D, et al. Factors associated with diagnosis and treatment of thyroid microcarcinomas. *J Clin Endocrinol Metab* [2019, 104: 6060-8](#).
5. Haymart MR, Banerjee M, Reyes-Gastelum D, et al. Thyroid ultrasound and the increase in diagnosis of low-risk thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* [2019, 104: 785-92](#).
6. Welch HG, Doherty GM. Saving thyroids - Overtreatment of small papillary cancers. *N Engl J Med* [2018, 379: 310-2](#).