AME News
nr. 43 - maggio 2022
Capo-Redattori: Barbara Pirali, Laura Rizza, Chiara Sabbadin & Benedetta Zampetti
Redattori: Elena Castellano, Carmela Coccaro, Pina Lardo, Alessandro Prete, Soraya Puglisi, Valerio Renzelli

CARCINOMA PAPILLARE TIROIDEO: QUANDO LA SORVEGLIANZA ATTIVA

Coordinatori
Vincenzo Toscano & Renato Cozzi
Editor
Vincenzo Di Donna & Cecilia Motta

La sorveglianza attiva è una possibile strategia per la gestione clinica dei tumori papillari tiroidei (PTC) di piccole dimensioni, applicata inizialmente in centri giapponesi e recepita anche dalle recenti Linee Guida della *American Thyroid Association* (1).
I criteri per la selezione dei tumori candidabili a un programma di sorveglianza attiva sono stati definiti in vari lavori (2). D'altra parte, si ritiene che i tumori localizzati in posizione sotto-capsulare, immediatamente vicino alla trachea o al nervo laringeo ricorrente (RNL), non siano suscettibili di sorveglianza attiva. Purtroppo, l'invasione capsulare non è facilmente valutabile con l'ecografia.
Il recente sistema di stadiazione dei tumori tiroidei (AJCC/TNM) include anche l'invasione del RLN tra i fattori prognostici maggiori (anche se non è chiaro se questa sia associata ad aumento della mortalità malattia-specifica), pertanto dovrebbero essere esclusi dalla sorveglianza attiva i tumori localizzati in sede sotto-capsulare in prossimità del presumibile decorso del RLN.
Un recente lavoro del gruppo del *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* analizza **retrospettivamente** una casistica di 123 pazienti operati tra il 1986 e il 2015 con estensione extra-tiroidea e coinvolgimento del RLN (3). Gli autori hanno preso in considerazione **30 tumori** che avevano un **diametro ≤ 2 cm**, cioè quelli che per dimensioni potrebbero rientrare in un programma di sorveglianza attiva, in quanto l'invasione del RLN da parte dei tumori di diametro < 2 cm è un evento raro, osservato soltanto nello 0.8% di tutti i pazienti affetti da PTC operati in quel centro in quel periodo.
Le indagini pre-operatorie di *imaging* (ecografia nel 56.7%, TC con contrasto nel 43.3%) evidenziavano una possibile o probabile estensione extra-tiroidea che interessava il RNL in 8 pazienti (26.7%): occorre però segnalare che le valutazioni pre-operatorie non erano state fatte per valutare la possibilità di una sorveglianza attiva, per cui potrebbero non essere state effettuate con sufficiente precisione.
Il tumore più piccolo che invadeva il RLN misurava 9 mm, mentre la maggior parte aveva un diametro compreso tra 1.5 e 2 cm. Nel 96.7% dei casi l'invasione del RLN avveniva da parte di tumori che invadevano la parte mediale della capsula nella regione para-tracheale. I tumori erano localizzati in sede para-tracheale destra o sinistra e in posizione sotto-capsulare laterale posteriore del lobo destro, posizioni che corrispondono al decorso del RNL. Ciò suggerisce che i tumori localizzati nelle suddette sedi non dovrebbero essere candidati a sorveglianza attiva.
È particolarmente degno di nota il fatto che l'infiltrazione del RLN non era presente nei tumori di diametro < 9 mm, indipendentemente dalla localizzazione: ne deriva che, sebbene la sorveglianza attiva sia attualmente indicata nei tumori di diametro < 1.5 cm, occorre comunque prudenza nel selezionare i tumori da avviare a sorveglianza quando il diametro supera i 9 mm.
Inoltre, la valutazione pre-operatoria radiologica e clinica (paresi/paralisi della corda vocale) potrebbe non risultare predittiva di invasione del RLN, considerando che solo un quarto dei pazienti aveva immagini suggestive di estensione extra-tiroidea.
Questo studio appare molto interessante in quanto **introduce elementi di prudenza nella selezione dei tumori idonei a un programma di sorveglianza attiva,** in particolare, **le dimensioni tumorali > 9 mm e la localizzazione sub-capsulare, soprattutto in sede para-tracheale o nella regione posteriore del lobo destro**. Questi tumori sono, infatti, a rischio di invasione del RLN, anche in assenza di evidenza radiologica o clinica di estensione extra-tiroidea.

Bibliografia

1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2016, 26: 1-133.
2. Tuttle RM, Zhang L, Shaha A. A clinical framework to facilitate selection of patients with differentiated thyroid cancer for active surveillance or less aggressive initial surgical management Expert Rev Endocrinol Metab 2018, 13: 77-85.
3. Newman SK, Harries V, Wang L, et al. Invasion of a recurrent laryngeal nerve from small well-differentiated papillary thyroid cancers: patient selection implications for active surveillance. Thyroid 2022, 32: 164-9.

Paolo P Limone (plimone@mauriziano.it)
SC Endocrinologia, AO Ordine Mauriziano di Torino