

MODALITÀ DI RICONOSCIMENTO DEI CARCINOMI TIROIDEI

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

PREMESSA

L'aumento di incidenza del carcinoma tiroideo differenziato (DTC) riguarda prevalentemente le forme subcliniche. Non è noto con certezza se si tratti di un aumento di incidenza reale o solo apparente dovuto all'aumento del riconoscimento diagnostico. In ogni caso, un aumento effettivo dell'impatto clinico della malattia dovrebbe essere associato a un parallelo aumento di sintomi specifici nei pazienti portatori della patologia.

LO STUDIO

Obiettivi

Scopo di questo lavoro è stato valutare la modalità di presentazione dei noduli tiroidei da sottoporre ad intervento chirurgico, e se questa vari a seconda della regione geografica.

Disegno sperimentale

Studio **retrospettivo** su **1328 pazienti operati** alla tiroide, provenienti da 16 centri situati in Canada, Danimarca, Sud Africa e Stati Uniti.

Sono state valutate le modalità di presentazione della patologia tiroidea che ha condotto all'intervento, suddividendole in:

- patologia endocrina;
- *screening* tiroideo richiesto dal paziente;
- indagine radiologica eseguita per altra ragione;
- *follow-up* di precedente tireopatia;
- sintomatologia tiroide-specifica;
- completamento diagnostico di tireopatia;
- *screening* generale.

Risultati

La tabella 1 illustra le modalità di presentazione della patologia (benigna/NIFTP o DTC) che ha condotto all'intervento chirurgico.

Tabella 1							
	Patologia endocrina	<i>Screening</i> tiroideo richiesto dal paziente	Indagine radiologica eseguita per altra ragione	<i>Follow-up</i> precedente tireopatia	Sintomatologia tiroide-specifica	Completamento diagnostico di tireopatia	<i>Screening</i> generale
Patologia benigna/ NIFTP	20%	1%	17%	11%	37%	3%	11%
Carcinoma tiroideo	7%	2%	24%	13%	30%	8%	16%

La tabella 2 illustra le percentuali di presentazione della patologia che ha condotto all'intervento chirurgico, nei vari Paesi.



	Patologia endocrina	Screening tiroideo richiesto dal paziente	Indagine radiologica eseguita per altra ragione	Follow-up precedente tireopatia	Sintomatologia tiroide-specifica	Completamento diagnostico di tireopatia	Screening generale
Canada	10%	2%	16%	17%	30%	9%	15%
Danimarca	11%	0%	22%	0%	54%	9%	3%
Sud Africa	8%	0%	4%	%	79%	6%	2%
Stati Uniti	16%	1%	23%	11%	30%	4%	14%

Conclusioni

Questa analisi retrospettiva ha mostrato che la maggioranza dei DTC si riscontra in pazienti asintomatici. Anche se in media i pazienti asintomatici hanno tumori di minori dimensioni rispetto ai pazienti con sintomi specifici, talora anche carcinomi voluminosi decorrono in modo subclinico.

COMMENTO

Questo lavoro ha il merito di portare ancora una volta l'attenzione sulle modalità di riconoscimento del DTC. **La maggior parte dei pazienti è asintomatica**, mentre solo circa un terzo è sintomatica. Questo conferma l'esperienza quotidiana, dove il ricorso esteso a metodiche di diagnostica per immagini sul collo (fra tutte ecodoppler carotideo, TC) o la prescrizione di *routine* di un ampio pannello di esami di laboratorio tiroidei conduce al riconoscimento di un elevato numero di noduli tiroidei asintomatici, per lo più di piccole dimensioni e spesso di scarso o nessun significato clinico. In questo modo, c'è ormai evidenza finale che la prevalenza del DTC nelle casistiche cliniche si avvicina a quella delle casistiche autoptiche: **si diagnosticano, e quasi sempre si operano, microDTC che sarebbero stati destinati a decorrere in modo clinicamente silente per lunghi periodi di tempo.** Sulla base di queste evidenze, si è acceso il dibattito sull'*overdiagnosis* e sull'*overtreatment*. Nel caso del microDTC, è improprio parlare di *overdiagnosis*, perché la patologia esiste veramente e non è un mero artefatto soggettivo, o di *imaging*, o di laboratorio, o altro. È estremamente importante, invece, correggere **l'overtreatment**, che fino a poco tempo fa ha spesso condotto a gesti chirurgici ad estensione sovradimensionata rispetto all'entità del problema e a trattamenti radio-metabolici eseguiti per situazioni a basso rischio. Molto è stato fatto su questi punti, con importanti correzioni di rotta operate sulla scorta di evidenze scientifiche solide e convincenti, ragionamenti clinici sistematici ed organici, tradotti poi in comportamenti e scelte effettive.

Anche **in Italia**, in molti centri che hanno dimestichezza con la gestione del carcinoma tiroideo e che gestiscono casistiche numerose è in riduzione il grado di aggressività nella terapia del DTC. Si sono selezionate ampie categorie di pazienti che possono essere sottoposti con sicurezza a chirurgia conservativa (lobectomia tiroidea, in luogo della tiroidectomia totale), mantenendo le stesse percentuali di guarigione, ma riducendo in modo significativo le complicanze chirurgiche. Cresce la riflessione sulla "sorveglianza attiva", e si inizia a proporre a selezionate categorie di pazienti la scelta di non sottoporsi alla chirurgia, mantenendo controllo clinico e soprattutto ecografico del microPTC. Inoltre, non viene più prescritto il ricorso alla terapia adiuvante/ablattiva con radioiodio per le situazioni a basso rischio. Naturalmente, questo impatta anche sulle modalità di *follow-up*: gli endocrinologi hanno affinato la loro capacità di mantenere efficacemente sotto controllo pazienti trattati con sola lobectomia tiroidea o che non hanno assunto il radioiodio, o in sorveglianza attiva per microPTC.

È interessante come anche il settore della patologia si sia indirizzato verso un *downgrading* della nomenclatura dei DTC. È già stata riconosciuta l'entità patologica del *Non Invasive Follicular Thyroid Neoplasm with papillary-like nuclear features* (NIFTP), definizione dalla quale è scomparsa la parola "carcinoma". Da più parti, inoltre, si invoca una nuova denominazione anche dei microPTC, suggerendo di ridenominarne una larga parte con il nuovo termine di "micro-tumori papillari".

Esistono **differenze regionali nella modalità di presentazione** del nodulo tiroideo. Il dato più evidente è che in Danimarca e Sud Africa la percentuale di carcinomi tiroidei rilevata a causa di un sintomo è significativamente più elevata che in Canada e Stati Uniti. Queste disomogeneità riflettono in buona parte i diversi tipi di organizzazione sanitaria, le modalità di finanziamento e la ripartizione dei costi sanitari, oltre che le indicazioni riportate nelle linee-guida nazionali.

In **conclusione**, i dati di questo lavoro supportano lo sforzo culturale globale, già in corso, di aumentare l'appropriatezza del trattamento e del *follow-up* del DTC, in particolare delle forme subcliniche/asintomatiche. Questa rimodulazione deve coinvolgere tutti gli *stake-holder* coinvolti nella gestione del carcinoma tiroideo, tenendo in considerazione anche la crescente evidenza dell'impatto prognostico del *pattern* genetico.

BIBLIOGRAFIA

1. Sajisevi M, et al. Evaluating the rising incidence of thyroid cancer and thyroid nodule detection modes. A multinational, multi-institutional analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg [2022, 148: 811-8.](#)