

RIMUOVERE LA DESCRIZIONE DELLA TIROIDE DAI REFERTI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI?

Coordinatore

Vincenzo Toscano

Editors

Marco Caputo & Renato Cozzi

Nelle ultime decadi le neoplasie della tiroide rappresentano una delle diagnosi oncologiche più diffuse negli USA e in Europa. Al contrario, non si è avuto un parallelo aumento della mortalità tumore-specifica, perché è aumentata prevalentemente la diagnosi di carcinoma papillare, il meno aggressivo degli istotipi.

Il sensibile incremento delle neoplasie tiroidee è stato attribuito, di volta in volta, al miglioramento della sensibilità degli strumenti diagnostici, a una varietà di fattori ambientali, quali l'esposizione a radiazioni, o al forte aumento dell'obesità, particolarmente in età pediatrica.

Partendo dalla possibile influenza dei fattori ambientali, Colbeth e coll (1) hanno condotto uno studio in cui è stata valutata l'incidenza del tumore della tiroide nei lavoratori (prevalentemente vigili del fuoco e personale sanitario) **impegnati nelle fasi di salvataggio e recupero successivi all'attacco terroristico** al *World Trade Center* (WTC) nel 2001. È stata arruolata una **coorte di 14 987 maschi** (le donne sono state escluse dallo studio per il loro esiguo numero) osservata fino al 31 dicembre 2018. Questi pazienti, come parte di un programma di sorveglianza di possibili malattie respiratorie, hanno effettuato indagini mirate ogni 12-18 mesi (soprattutto mediante TC e RM). Sono stati considerati solo i casi di tumore accertato (7/72 casi di carcinoma sono stati esclusi per indeterminatezza del metodo di accertamento) e i soggetti sono stati anche suddivisi sulla base della fase iniziale o tardiva del loro intervento sul posto. L'incidenza del tumore è stata confrontata con la coorte del *Rochester Epidemiology Project*, seguita presso la Contea di Olmsted nel Minnesota, area in cui vivono 111 000 persone e sufficientemente distante da New York per escludere influenze legate alle sostanze liberate dalla distruzione delle "Torri Gemelle".

Lo studio ha registrato un **aumento significativo dell'incidenza dei tumori tiroidei** nei lavoratori impegnati nel "rescue/recovery" del WTC rispetto agli abitanti della Contea di Olmsted (24.7 vs 10.4 per 100 000 persone-anno). La differenza è risultata significativa solo relativamente ai tumori **asintomatici**.

Come concludono gli autori? Lo studio mostra un aumento della diagnosi dei tumori tiroidei asintomatici a causa del riscontro incidentale dovuto alla sorveglianza attiva. A ulteriore dimostrazione dell'influenza della stretta sorveglianza sulla diagnosi, è sottolineato come l'aumento dell'incidenza sia massimo nei lavoratori impegnati nella seconda fase, in coincidenza con l'intensificazione del programma dei controlli medici seguito al cambio dei vertici del *Fire Department* di New York.

Limiti dello studio: è una indagine di coorte retrospettiva, in cui il riscontro della patologia tiroidea è incidentale e confrontata con il Registro del Minnesota, che fornisce anch'esso dati retrospettivi. Questo comporta il rischio che molti dati possano essere stati persi. Inoltre, la conferma della modalità di diagnosi avveniva con colloquio telefonico, mentre la differenza tra tumori sintomatici e asintomatici era basata sulla presenza, *ante* diagnosi, di sintomi potenzialmente correlabili a neoplasie tiroidee di grandi dimensioni (per effetti compressivi e/o infiltrativi). Sfortunatamente dei 65 carcinomi arruolati non si conoscono né dimensioni né stadiazione. Infine, la popolazione considerata è esclusivamente maschile, mentre nella popolazione generale la neoplasia è nettamente più diffusa nel sesso femminile.

La redazione di JAMA ha considerato il lavoro molto significativo e ha chiesto un autorevole **commento a Gilbert Welch** (2). Questi, oltre a dichiararsi d'accordo con la *US Preventive Services Task Force* sulla raccomandazione contro lo *screening* ecografico della patologia tiroidea, si è spinto oltre, suggerendo strategie per prevenire le diagnosi incidentali di noduli e/o tumori tiroidei. Welch riflette sul fatto che, effettuata la diagnosi di carcinoma tiroideo, nonostante la recente introduzione da parte di numerose linee guida della possibilità di sola sorveglianza attiva dei micro-carcinomi, i pazienti di solito vengono avviati all'intervento di tiroidectomia totale. Ciò comporta la terapia sostitutiva con L-T4 a vita e l'insorgenza di possibili complicanze come disфонia ed ipoparatiroidismo. Un lavoro statunitense del 2013 ha stimato che i costi complessivi relativi all'intervento, alle complicanze e alla terapia nei pazienti operati di tiroidectomia sono pari, in media, a 35 000 \$ (3). Questo impatto economico-assistenziale sembra poco giustificato per le forme meno aggressive e di riscontro incidentale del carcinoma della tiroide.



Welch, partendo dai risultati dello studio effettuato sui soccorritori del WTC, in cui la diagnosi incidentale nel corso di esame **TC o RM** aveva frequenza simile a quella ottenuta con gli *screening* ecografici, **suggerisce di schermare la tiroide nell'esecuzione di tali indagini**. Questo stratagemma consentirebbe di "evitare distrazioni" del radiologo nei confronti di immagini tiroidee di basso impatto clinico ma con potenziali conseguenze assistenziali significative per il paziente. Inoltre, dati estranei al reale motivo dell'indagine possono indurre ansia per il paziente e per il medico. Il problema non riguarda solo la tiroide ma, vista la bassa aggressività, si potrebbe iniziare da questo organo.

Commento degli scriventi. L'articolo e la pagina di commento forniscono spunti per una riflessione su un problema gestionale molto sentito ma non risolto: quale sia il "giusto" grado di intensità di diagnosi e di terapia per la patologia non sintomatica della tiroide. Possiamo sicuramente dire che lo **screening della patologia tiroidea non è da consigliare**, alla luce della valutazione non solo in termini economici ma anche clinici.

Meno certezze si hanno riguardo il **riscontro incidentale di patologia d'organo**. In tal caso sembra appropriata una rivalutazione ecografica scrupolosa, visto che le caratteristiche nodulari sospette per malignità non sono applicabili alle immagini TC o RM. Infine, la stabilità della mortalità per tumore tiroideo può essere letta in modo ambivalente: se da un lato non è peggiorata l'aggressività dei tumori tiroidei, a differenza delle patologie oncologiche sensibili agli *screening*, in cui si è osservata una riduzione della mortalità, nel caso della tiroide la diagnostica sempre più sensibile non è stata seguita da ulteriore riduzione. La discussione è pertanto destinata a rimanere aperta in attesa di evidenze "più forti" e *follow-up* più protratti.

Bibliografia

1. Colbeth HL, Genere N, Hall CB, et al. Evaluation of medical surveillance and incidence of post-September 11, 2001, thyroid cancer in World Trade Center–exposed firefighters and emergency medical service workers. *JAMA Intern Med* [2020, 180: 888-95](#).
2. Welch HG. Removing the thyroid from images, not from patients. *JAMA Intern Med* [2020, 180: 896-7](#).
3. Aschebrook-Kilfoy B, Schechter RB, Shih YC, et al. The clinical and economic burden of a sustained increase in thyroid cancer incidence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [2013, 22: 1252-9](#).