

IL CARCINOMA POCO DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE É POCO CARATTERIZZATO?

Responsabile Editoriale
Vincenzo Toscano

Dal punto di vista clinico, il carcinoma poco differenziato della tiroide (PDTC) è considerato una lesione che cresce rapidamente e che non sempre risponde alla terapia con radioiodio (1). Invece, dal punto di vista anatomo-patologico (sia citologico che istologico), il PDTC è un'entità che ultimamente è stata ben caratterizzata (2,3). La creazione di un algoritmo diagnostico (classificazione di Torino, dal nome della città dove si è svolta la *consensus conference*) ne permette l'esatta identificazione nella maggior parte dei casi. Infatti, il patologo, quando si trova di fronte a un **carcinoma tiroideo non di tipo-papillare** e con **segni di malignità rappresentati da invasione capsulare e/o vascolare e che presenta una crescita solida/trabecolare/insulare** (di qui il nome di "carcinoma insulare" con cui veniva riconosciuto nel passato il PDTC), deve ricercare la **presenza di mitosi e/o necrosi e/o nuclei convoluti**. Le mitosi devono essere ≥ 3 per 10 campi ad alto ingrandimento microscopico. **Se una di queste condizioni è soddisfatta, si può porre la diagnosi di PDTC.**

Il risvolto principale di tale diagnosi è rappresentato dalla prognosi infausta. Infatti, mentre i carcinomi ben differenziati della tiroide (papillare o follicolare) hanno prognosi eccellente, il PDTC ha **sopravvivenza a 5 anni del 50%. Il rischio di morte è maggiore in pazienti > 45 anni o con lesioni > 4 cm** (4). Esistono altri sistemi di classificazione, ma i risultati in termini di stratificazione prognostica sono simili (5).

Ma qual è il trattamento migliore? Devono ancora essere chiaramente stabiliti approccio clinico e trattamento adeguati. L'articolo di Ibrahimasic (6) riporta l'esperienza del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* di New York. Dal punto di vista anatomo-patologico, gli autori dell'articolo classificano il PDTC basandosi solo su necrosi e mitosi del tumore (che devono essere ≥ 5) e non sulla componente solida/trabecolare/insulare come fa la classificazione di Torino; come abbiamo detto, però, i differenti sistemi di classificazione usati sono sovrapponibili (5). Gli autori hanno ottenuto un buon controllo della malattia eseguendo tiroidectomia totale con linfadenectomia centrale in tutti i pazienti con PDTC. A questa si deve aggiungere la linfadenectomia laterale in caso di evidenza di metastasi. Inoltre, gli autori suggeriscono la terapia radiometabolica nei pazienti con metastasi a distanza iodocaptanti e la radioterapia esterna in caso di positività dei margini di resezione chirurgica. L'*overall survival* e la *disease-specific survival* (DSS) a 5 anni riportate dagli autori sono rispettivamente del 62 e 66%. L'analisi multivariata indica come lo stadio pT4a e M1 rimangano fattori predittivi indipendenti di pessima DSS (6).

Bibliografia

1. Burman KD. Is poorly differentiated thyroid cancer poorly characterized? *J Clin Endocrinol Metab* [2014, 99: 1167-9.](#)
2. Volante M, Collini P, Nikiforov YE, et al. Poorly differentiated thyroid carcinoma: the Turin proposal for the use of uniform diagnostic criteria and an algorithmic diagnostic approach. *Am J Surg Pathol* [2007, 31: 1256-64.](#)
3. Bongiovanni M, Sadow PM, Faquin WC. Poorly differentiated thyroid carcinoma: a cytologic-histologic review. *Adv Anat Pathol* [2009, 16: 283-9.](#)
4. Asioli S, Erickson LA, Righi A, et al. Poorly differentiated carcinoma of the thyroid: validation of the Turin proposal and analysis of IMP3 expression. *Mod Pathol* [2010, 23: 1269-78.](#)
5. Gnemmi V, Renaud F, Do Cao C, et al. Poorly differentiated thyroid carcinomas: application of the Turin proposal provides prognostic results similar to those from the assessment of high-grade features. *Histopathology* [2014, 64: 263-73.](#)
6. Ibrahimasic T, Ghossein R, Carlson DL, et al. Outcomes in patients with poorly differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* [2014, 99: 1245-52.](#)

