

AUMENTO DEL CARCINOMA TIROIDEO: MITO O REALTÀ?

Responsabile Editoriale
Vincenzo Toscano

Il problema dell'aumento dell'incidenza del carcinoma della tiroide è uno dei temi più dibattuti nella letteratura endocrinologica.

Lo studio di Zevallos et al (1), di tipo **retrospettivo**, prettamente **epidemiologico**, è stato elaborato da un gruppo costituito da chirurghi del collo di estrazione otorinolaringoiatrica, medici ed epidemiologi. A partire dalla vasta popolazione (10.889.840 soggetti) che ha usufruito del Sistema Sanitario dei Veterani degli Stati Uniti durante il periodo 2000-2012, sono stati identificati 8870 pazienti con carcinoma tiroideo su 157.088 soggetti sottoposti a ecografia tiroidea e 15.576 soggetti sottoposti ad agoaspirato (FNA) tiroideo.

L'**incidenza annua dei tumori tiroidei è raddoppiata** dal 2000 al 2012 (da 10.3 a 21.5/100.000), confermando il *trend* già segnalato da altri studi, ma nello stesso periodo vi è stato **un incremento ben maggiore del numero di ecografie (5 volte, da 125.6 a 572.1/100.000) e di FNA (7 volte, da 7 a 46.2/100.000)**.

Gli autori concludono che l'aumentata incidenza del carcinoma tiroideo potrebbe riflettere una *overdiagnosis* di malattia subclinica e indicano come causa principale la crescente diffusione di ecografia ed FNA, pur non potendo escludere altri fattori sconosciuti.

Commento

L'aumento dell'incidenza del carcinoma tiroideo negli Stati Uniti fu dimostrato per la prima volta da Davies e Welch nel 2006 (2): questi autori osservarono che l'aumento interessava essenzialmente i carcinomi di piccole dimensioni e quindi lo attribuirono al miglioramento delle capacità diagnostiche.

Nel 2010 Morris e Myssiorek (3) osservavano che questa non poteva essere l'unica spiegazione del fenomeno, perché nella loro esperienza l'aumento di incidenza riguardava anche le neoplasie di maggiori dimensioni e ad estensione extra-tiroidea.

Successivamente nel 2013, lo stesso Morris (4) osservò che i microcarcinomi tiroidei venivano diagnosticati soprattutto nei pazienti di livello socio-economico più elevato, che potevano accedere con maggior facilità all'assistenza sanitaria.

L'**aumento dell'incidenza di carcinoma tiroideo peraltro non si è associato ad aumento della mortalità**, che nelle ultime quattro decadi non si è modificata (5).

I **punti innovativi dello studio** di Zevallos rispetto ai precedenti sono essenzialmente due:

- l'indagine è stata eseguita su una popolazione omogenea per condizioni socio-economiche e per facilità di accesso al sistema sanitario, superando pertanto questi limiti;
- l'analisi statistica è stata condotta con rigore scientifico.

Risultano tuttavia evidenti alcune importanti **limitazioni**, sottolineate dagli stessi autori:

- i pazienti sono stati identificati mediante il registro ICD-9, utilizzando il numero di codice che corrisponde alla diagnosi di neoplasia tiroidea in senso lato, senza che siano state raccolte informazioni relative al tipo istologico, allo stadio e alle dimensioni della neoplasia. L'ipotesi degli autori che l'aumento di incidenza riguarderebbe prevalentemente i carcinomi più piccoli e l'istotipo papillare, in analogia con i risultati di altri studi, è sicuramente verosimile, ma non è stata verificata in maniera diretta;
- anche se l'incidenza del carcinoma è stata stratificata per classi di età, la popolazione in esame è costituita per la maggior parte da maschi anziani, per cui i risultati non possono essere estesi alla popolazione generale;
- mancano dati relativi all'andamento clinico e alla mortalità.

Va sottolineato inoltre che **la percentuale di positività per neoplasia delle FNA è diminuita nel tempo**, passando dal 95% del 2003 al 39% del 2012: questo fenomeno potrebbe suggerire che con sempre maggior frequenza l'indicazione alla FNA viene posta in maniera non corretta.

Quali sono gli insegnamenti e le implicazioni pratiche?

1. La diffusione di nuove metodiche strumentali ha notevolmente perfezionato le nostre capacità diagnostiche.
2. L'altro lato della medaglia è l'aumento esponenziale delle lesioni nodulari tiroidee, neoplastiche e non, evidenziate dall'ecografia, la maggior parte di dubbia importanza clinica o scoperta casualmente nel contesto di un percorso finalizzato per altri obiettivi diagnostici. Già nel 2008 Cronan, nell'editoriale di Radiology (6), si chiedeva in maniera provocatoria se non fosse il caso di spegnere gli strumenti ecografici e auspicava che venisse implementata una strategia per arginare la "marea" di noduli tiroidei.

Non c'è dubbio che lo studio di Zevallos abbia colto l'essenza del problema, con il pregio ulteriore di aver tradotto in termini scientifici ciò che è sotto gli occhi di tutti noi. Vengono diagnosticati con sempre maggior frequenza microcarcinomi tiroidei, il cui impatto clinico sulla morbilità e mortalità è poco rilevante, a fronte di una minoranza di microcarcinomi tiroidei che invece manifesta un comportamento aggressivo. Si sta quindi facendo strada l'ipotesi che la categoria "carcinoma papillare" non rappresenti un'entità omogenea, ma comprenda varianti con diversa aggressività biologica. È compito della ricerca fornirci gli elementi diagnostici per prevedere l'evoluzione della neoplasia.

Negli ultimi anni sono stati compiuti fondamentali progressi nella diagnosi e cura dei tumori tiroidei. La patologia neoplastica differenziata della tiroide dei nostri giorni è assai diversa da quella ben più grave che eravamo abituati ad affrontare 20 anni fa. Il nostro zelo diagnostico ha fatto emergere una patologia sommersa, che prima non sospettavamo e verso la quale dobbiamo assumere un atteggiamento equilibrato, guidato dal buon senso clinico oltre che dalle linee guida. Le Società Scientifiche hanno recepito questa metamorfosi, tanto da raccomandare per i microcarcinomi un approccio terapeutico il più possibile "individualizzato". Superato l'entusiasmo degli anni passati, è giunto forse il momento di fermarsi e di concedersi una pausa di riflessione.

Bibliografia

1. Zevallos JP, Hartman CM, Kramer JR, et al. Increased thyroid cancer incidence corresponds to increased use of thyroid ultrasound and fine-needle aspiration: a study of the Veterans Affairs Health Care System. *Cancer* [2015, 121: 741-6](#).
2. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA* [2006, 295: 2164-7](#).
3. Morris LG, Myssiorek D. Improved detection does not fully explain the rising incidence of well-differentiated thyroid cancer: a population-based analysis. *Am J Surg* [2010, 200: 454-61](#).
4. Morris LG, Sikora AG, Tosteson TD, Davies L. The increasing incidence of thyroid cancer: the influence of access to care. *Thyroid* [2013, 23: 885-91](#).
5. Brito JP, Davies L. Is there an increased incidence of thyroid cancer? *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* [2014, 21: 405-8](#).
6. Cronan JJ. Thyroid nodules: is it time to turn off the US machines? *Radiology* [2008, 247: 602-4](#).