

STATEMENT ATA SULL'*IMAGING* PRE-OPERATORIO NEL CARCINOMA TIROIDEO

Responsabile Editoriale
Vincenzo Toscano

In attesa che venga pubblicata la revisione delle linee guida ATA sulla patologia nodulare tiroidea e carcinoma tiroideo differenziato, stanno vedendo la luce alcuni importanti documenti "satelliti", deputati alla puntualizzazione di aspetti tecnici e metodologici inerenti la gestione del paziente con carcinoma tiroideo. Tra questi, lo *statement* ATA sull'*imaging* pre-operatorio (1), che si prefigge l'obiettivo di passare in rassegna le evidenze di letteratura disponibili sulle tecniche di immagine da impiegare nel paziente con carcinoma tiroideo candidato a prima e seconda chirurgia, ed esplicitare le raccomandazioni operative che da tali evidenze scaturiscono.

Senza la pretesa di esaurire in poche righe di commento l'analisi dell'intero documento, i due paragrafi che seguono intendono rimarcare quelli che sono a nostro avviso i punti forti e quelli deboli dello *statement*.

Punti di forza

Il paragrafo introduttivo enuncia una verità incontrovertibile, ben nota agli addetti ai lavori quanto al tempo stesso non adeguatamente condivisa: la gran parte dei re-interventi per carcinoma tiroideo potrebbe essere prevenuta e **la comparsa di una recidiva è in realtà espressione di una persistenza di malattia**. Detto in altri termini: la completezza del trattamento chirurgico della neoplasia è fortemente condizionata dall'accuratezza dell'*imaging* pre-operatorio, che è pertanto **un passaggio critico del percorso assistenziale**. Questo concetto deve responsabilizzare fortemente i centri che si occupano della diagnosi e del trattamento di carcinoma tiroideo ad acquisire e implementare all'interno della propria *équipe* multi-disciplinare un'adeguata *expertise* in questo specifico campo.

Conferma del ruolo di prima linea dell'ecografia della regione cervicale. Per questo motivo il documento è ampiamente dedicato a premesse, tecnica e significato clinico dello studio ecografico; *l'imaging* "pesante" viene trattato solo nella parte finale del documento. I paragrafi focalizzati sulla tecnica ecografica descrivono in modo estremamente dettagliato come eseguire uno studio ecografico accurato delle stazioni linfonodali del collo in termini operativi, al punto di essere delle vere e proprie "istruzioni per l'uso" per chi si cimenta quotidianamente in questo campo. La semeiotica ecografica del linfonodo reattivo e patologico è riportata in modo completo e sufficientemente sistematico senza che la trattazione ne risulti appesantita.

Lo spunto più originale dell'intero documento, efficacemente sintetizzato dalla tabella, è costituito dalla lista delle **condizioni che devono far porre indicazione a uno studio assiale mediante TC o RM** del paziente candidato all'intervento. Infatti, nonostante il contributo fondamentale dell'ecografia alla corretta caratterizzazione del paziente, questa non è sufficiente in una minoranza di pazienti e rischia di sotto-stadiare la malattia, con conseguenze rilevanti al tavolo operatorio, come nelle lesioni neoplastiche ampiamente estese in sede retro-tracheale e in tutti i pazienti con paralisi cordale e/o disfagia e/o stridore laringeo o dispnea, anche quanto la visualizzazione ecografica del tumore appaia completa.

Condizioni che devono far porre indicazione a uno studio mediante TC o RM del paziente candidato all'intervento di tiroidectomia
Raucedine con paralisi delle corde vocali
Disfagia progressiva o odinofagia
Massa adesa alle strutture circostanti
Sintomi respiratori, emottisi, stridore o dispnea posizionale
Neoplasia di grandi dimensioni o a estensione mediastinica, non completamente visibile all'esame ecografico
Progressione/crescita rapida
Sospetto ecografico di significativa invasione extra-tiroidea
Linfonodi voluminosi, posteriori o inferiori, non completamente visibili all'esame ecografico
Mancaanza di competenza ecografica



Indicazioni allo studio con FDG-PET prima dell'intervento. Il suo utilizzo non è raccomandato prima del trattamento chirurgico iniziale, mentre è di potenziale utilità nei pazienti candidati al trattamento chirurgico di recidive cervicali, sia per la possibilità dello studio integrato TC-PET di consentire un buon dettaglio topografico delle lesioni, sia per escludere metastasi a distanza, la cui diagnosi potrebbe orientare verso forme di trattamento palliativo.

Punti di debolezza

La **trattazione dello studio ecografico della neoplasia primitiva (T)** risulta **troppo succinta**, con la conseguenza che il lettore è portato a trascurarne l'importanza, nonostante il documento affermi che: "devono essere valutate dimensioni, sede, margini, multifocalità e segni di invasività del tumore primitivo". Occorre, infatti, ricordare che insieme con la predittività ecografica dello studio linfonodale (N), l'affidabilità della valutazione ecografica di T, con particolare riferimento al rischio di extra-capsularità, può costituire un elemento decisionale per orientare una strategia di trattamento di tipo conservativo. Sarebbe stata preferibile una più dettagliata discussione degli studi già pubblicati su questo aspetto: anche se l'ecografia non può dimostrare o escludere con assoluta sicurezza un minimo superamento capsulare della neoplasia, studi recenti (2-5), non riportati dal documento, evidenziano un potere predittivo positivo della stadiazione ecografica pre-operatoria di T che raggiunge l'80%.

Anche la tecnica dell'agoaspirato linfonodale, necessario completamento dello studio ecografico delle stazioni linfonodali, è trattata in dettaglio, con l'eccezione del **dosaggio intra-lesionale della tireoglobulina (FNA-Tg)**. Per tale metodica viene riportato un *cut-off* di 1 ng/mL, che rischia di essere confondente: i livelli sierici di Tg possono essere decisamente più elevati, non solo nel paziente non ancora sottoposto a tiroidectomia, ma anche nel paziente tiroidectomizzato, come riconosciuto dagli autori stessi del documento. L'adozione di una posizione condivisa sull'interpretazione dei valori di FNA-Tg esula certamente dagli scopi dello *statement*, tuttavia al lettore non vengono forniti elementi sufficienti per orientarsi su questo tema, così come su altri possibili fattori (es. positività degli AbTg), che possono fungere da elementi di complessità nell'interpretazione dei risultati della FNA-Tg. Anche in questo caso, i riferimenti bibliografici non contemplano contributi pur significativi apparsi in letteratura negli ultimi quattro-cinque anni (6-10) e non appaiono pertanto sufficienti.

Bibliografia

1. Yeh MW, Bauer AJ, Bernet VA, et al. American Thyroid Association Statement on preoperative imaging for thyroid cancer surgery. *Thyroid* [2015, 25: 3-13](#).
2. Park JS, Son KR, Na DG, et al. Performance of preoperative sonographic staging of papillary thyroid carcinoma based on the sixth edition of the AJCC/UICC TNM classification system. *AJR Am J Roentgenol* [2009, 192: 66-72](#).
3. Moon HJ, Yoon JH, Kwak JY, et al. Positive predictive value and interobserver variability of preoperative staging sonography for thyroid carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* [2011, 197: W324-30](#).
4. Choi JS, Chung WY, Kwak JY, et al. Staging of papillary thyroid carcinoma with ultrasonography: performance in a large series. *Ann Surg Oncol* [2011, 18: 3572-8](#).
5. González HE, Cruz F, O'Brien A, et al. Impact of preoperative ultrasonographic staging of the neck in papillary thyroid carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* [2007, 133: 1258-62](#).
6. Kim MJ, Kim EK, Kim BM, et al. Thyroglobulin measurement in fine-needle aspirate washouts: the criteria for neck node dissection for patients with thyroid cancer. *Clin Endocrinol* [2009, 70: 145-51](#).
7. Bournaud C, Charrié A, Nozières C, et al. Thyroglobulin measurement in fine-needle aspirates of lymph nodes in patients with differentiated thyroid cancer: a simple definition of the threshold value, with emphasis on potential pitfalls of the method. *Clin Chem Lab Med* [2010, 48: 1171-7](#).
8. Soon Y-M, Kim MJ, Kim E-K, Kwack JY. Diagnostic performance of thyroglobulin value in indeterminate range in fine needle aspiration washout fluid from lymph nodes of thyroid cancer. *Yonsei Med J* [2012, 53: 126-31](#).
9. Kim D-W, Jeon SJ, Kim CG. Usefulness of thyroglobulin measurement in needle washouts of fine-needle aspiration biopsy for the diagnosis of cervical lymph node metastases from papillary thyroid cancer before thyroidectomy. *Endocrine* [2012, 42: 399-403](#).
10. Giovanella L, Bongiovanni M, Trimboli P. Diagnostic value of thyroglobulin assay in cervical lymph node fine-needle aspirations for metastatic differentiated thyroid cancer. *Curr Opin Oncol* [2013, 25: 6-13](#).