

EVOLUTIVITÀ DEL CARCINOMA PAPILLARE DELLA TIROIDE DURANTE LA GRAVIDANZA

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

La hCG aumenta nella fase iniziale della gravidanza, e, poiché condivide con il TSH la subunità alfa della sua molecola, si suppone che possa avere un ruolo nella progressione del carcinoma papillare tiroideo (CPT) durante la gestazione (1).

Ito e i suoi collaboratori sono stati fra i promotori storici della sorveglianza attiva del **microCPT**, quando a basso rischio. Questi autori (2), fra il 1993 e il 2013, hanno seguito 1841 pazienti affetti da tale patologia che avevano scelto la **sorveglianza attiva** invece della gestione chirurgica: 1549 erano donne e, fra queste, si sono osservate **51 gravidanze** (in 50 pazienti).

In ogni paziente è stato eseguito, da parte dello stesso specialista ecografista, il controllo morfologico ecografico del CPT per valutarne l'**evoluzione**:

- 44 pazienti (90%) sono rimaste stabili;
- 4 pazienti (8%) hanno presentato un aumento del CPT di ≥ 3 mm;
- 1 ha avuto una riduzione ≥ 3 mm;
- non si è osservata la comparsa di metastasi linfonodali.

Nessuna paziente è stata operata durante la gestazione. Delle 4 con aumento delle dimensioni della neoplasia, 2 sono state operate dopo il parto e 2 hanno proseguito la sorveglianza attiva senza ulteriore progressione dimensionale. Altre sei pazienti fra le 50 sono state poi operate dopo il parto, per ragioni diverse rispetto alla progressione della lesione durante la gravidanza: 2 sono uscite dalla sorveglianza, 2 hanno avuto metastasi linfonodali dopo il parto, 1 ha sviluppato un gozzo tossico diffuso e 1 ha presentato una progressione nodulare controlaterale (nodulo incrementato da 65 a 123 mm). Delle 2 pazienti con metastasi linfonodali riscontrate dopo il parto, la prima aveva un'adenopatia del VI livello compatibile con flogosi tiroiditica (che sarebbe stata il fattore confondente della valutazione iniziale), mentre la seconda ha manifestato la metastasi a distanza di 20 mesi dal parto, tanto da far ritenere che l'hCG non sia stato il fattore scatenante la progressione di malattia.

Gli autori hanno quindi concluso che **solo l'8% delle pazienti ha mostrato una progressione di malattia durante la gravidanza**.

Commento

Ritengo che, proprio per la lenta storia naturale del CPT, specie quando alla diagnosi appare a basso rischio, non sia corretto limitare il possibile effetto promovente della gravidanza sulla malattia al ristretto periodo temporale dei 9 mesi di gestazione. Nulla escluderebbe, infatti, che una metastasi linfonodale, anche se riscontrata a distanza di 20 mesi dal parto, possa essere insorta durante la gravidanza (fase pre-clinica).

Sempre per la lenta storia naturale del CPT, non è possibile avere la certezza che tutte le progressioni cliniche siano riconducibili alla gravidanza stessa o al connesso aumento dell'hCG e non anche ad altri meccanismi (come la relativa immuno-deficienza della gestazione stessa). Alla luce di questo, la percentuale di progressione potrebbe essere considerata sul numero più ampio di tutte le pazienti operate.

Ritengo inoltre che lo studio presenti dei limiti legati al diverso approccio alla malattia in Giappone: ad esempio, per le nostre impostazioni cliniche, potrebbe apparire discutibile mantenere in sorveglianza attiva una paziente di 37 anni che abbia un microPTC in un lobo e un nodulo controlaterale di 6.5 cm.

In **conclusione**, nel nostro contesto lavorativo appare ancora poco universalmente applicabile la sorveglianza attiva in pazienti potenzialmente a rischio, quali le donne in gravidanza, o che abbiano una diagnosi di CPT *pre-partum* e che desiderino intraprendere una gravidanza. In ogni caso, questo studio ci invita a considerare che un CPT a basso rischio insorto durante la gravidanza può essere gestito con tranquillità anche dopo il parto.

Bibliografia

1. Shindo H, et al. Papillary thyroid microcarcinoma might progress during pregnancy. *Thyroid* [2014, 24: 840-4](#).
2. Ito Y, et al. Effects of pregnancy on papillary microcarcinomas of the thyroid re-evaluated in the entire patient series at Kuma Hospital. *Thyroid* [2016, 26: 156-60](#).

