

## LA CHIRURGIA POSTICIPATA NEL MICROCARCINOMA PAPILLARE DELLA TIROIDE

Responsabile Editoriale  
**Renato Cozzi**

Il microcarcinoma papillare della tiroide (diametro massimo  $\leq 1$  cm) è un tumore a bassa probabilità di progressione clinica. Recenti studi (soprattutto giapponesi) hanno proposto una **strategia di sorveglianza attiva** in alternativa alla chirurgia, riservando quest'ultima solo ai casi di progressione clinica del tumore.

Un ulteriore contributo a questa tematica proviene da uno **studio** coreano **retrospettivo**, comprendente quasi **3.000 pazienti**, suddivisi in 3 gruppi a seconda del tempo intercorso tra il riscontro del/dei nodulo/noduli e l'intervento chirurgico:

- gruppo 1: entro 6 mesi;
- gruppo 2: tra 6 e 12 mesi;
- gruppo 3: oltre 12 mesi.

I 3 gruppi erano confrontabili per la presenza di fattori di rischio (età, sesso, estensione chirurgica, diametro massimo ecografico iniziale, estensione extra-tiroidea, multi-focalità, presenza di linfonodi metastatici cervicali all'esame istologico definitivo). I pazienti sono stati poi classificati in base alla risposta alla terapia iniziale, come da linee guida ATA:

1. eccellente: assenza di malattia residua biochimica e morfologica;
2. indeterminata: livelli di tireoglobulina (Tg) dosabili "bassi" ( $< 1$  ng/mL in terapia o  $< 10$  ng/mL dopo stimolazione) o anticorpi anti-Tg positivi ma stabili;
3. biochimica incompleta: Tg  $> 1$  ng/mL in terapia o  $> 10$  ng/mL dopo stimolazione o Ab anti-Tg in aumento;
4. strutturale incompleta: evidenza morfologica di malattia.

**Non si sono rilevate differenze significative di risposta nei 3 gruppi**, in particolare risposte eccellenti risultavano nel 74-78% e risposte strutturali incomplete solo nello 0.5-2% dei pazienti ( $n = 20$ ). Nel corso del **follow-up** (durata **mediana 4.6 anni**) è stata riscontrata persistenza/recidiva di malattia in 19 pazienti del gruppo 1 (1.6%), 13 del gruppo 2 (1.1%), 3 del gruppo 3 (0.7%), senza differenza statisticamente significativa. I risultati dello studio, anche se retrospettivi e non prospettici, sembrano indicare che **un'eventuale indicazione chirurgica ritardata non pregiudica il risultato finale** in questi pazienti.

La principale **obiezione** a questo tipo di approccio (diagnosi citologica di sospetto microcarcinoma papillare, seguita da proposta di sorveglianza attiva in alternativa alla chirurgia, infine eventuale chirurgia in un secondo tempo per cambiamento di parere del paziente o progressione clinica) è: perché sottoporre il paziente ad ago-aspirato su un piccolo nodulo tiroideo sospetto e poi non proporgli di eliminarlo se si rivela "maligno"? Si dovrebbe tener conto che la comunicazione di una diagnosi di "cancro" della tiroide non seguita da un'indicazione chirurgica può comportare contraccolpi psicologici nel paziente, consapevole di essere portatore di una malattia "non risolta". D'altronde, le più recenti linee guida non consigliano di eseguire l'ago-aspirato su noduli tiroidei di dimensioni  $< 1$  cm, in assenza di caratteristiche ulteriori di aggressività, quali ad esempio la presenza di linfadenopatie sospette del collo. La semplice "sorveglianza attiva", cioè controlli più ravvicinati nel tempo (ad esempio semestrali invece che annuali), in caso di piccoli noduli con caratteristiche ecografiche dubbie in assenza di altri fattori di rischio, ci permetterà di decidere l'esecuzione dell'ago-aspirato in un secondo tempo solo nei rari casi di evoluzione clinica o dimensionale della lesione.

In conclusione, **l'eventuale diagnosi e successiva chirurgia posticipata**, come suggerito dai risultati di questo studio, **non comporteranno rischi aggiuntivi rispetto a un trattamento più precoce**.

### Bibliografia

1. Jeon MJ, Kim WG, Kwon H, et al. Clinical outcomes after delayed thyroid surgery in patients with papillary thyroid microcarcinoma. *Eur J Endocrinol* [2017, 177: 25-31](#).
2. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* [2016, 26: 1-133](#).
3. Gharib H, Papini E, Garber JR, et al; AACE/ACE/AME Task Force on Thyroid Nodules. Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules—2016 update. *Endocr Pract* [2016, 22: 622-39](#).

