

## CAMBIAMENTO NELL'INCIDENZA DEL CANCRO TIROIDEO NEGLI STATI UNITI, DAL 1992 AL 2016

### Introduzione

L'incidenza del carcinoma tiroideo negli Stati Uniti è triplicata dal 1974 al 2013, passando da 4.5 a 14.4 per 100mila abitanti (1,2). L'incremento è stato attribuito soprattutto al miglioramento della capacità di diagnosticare piccoli tumori subclinici, sebbene non sia stato escluso un aumento concomitante dell'incidenza reale di malattia. Studi autoptici hanno rilevato che il 4-11% dei soggetti apparentemente non affetti da patologie tiroidee presentavano tumori tiroidei clinicamente occulti, suggerendo che l'aumentato utilizzo dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie di *imaging* abbiano portato alla scoperta di un numero crescente di tumori, senza un cambiamento effettivo della reale incidenza del carcinoma tiroideo (1,3). Parallelamente, si è osservato che nel 2011 l'incidenza del carcinoma tiroideo nella Corea del Sud era 15 volte maggiore rispetto al 1993, e tale aumento è stato attribuito a una pratica diffusa di *screening* con ecografia tiroidea in persone sane (4). Quando la consapevolezza di questo fenomeno è emersa e le pratiche di *screening* sono state ridotte, il *trend* si è invertito e nel 2014 l'incidenza del cancro alla tiroide nella Corea del Sud è diminuita per la prima volta (4). È stato recentemente pubblicato su JAMA (5) un breve **studio osservazionale** volto a valutare se, alla luce delle nuove raccomandazioni delle linee guida internazionali sulla diagnosi e gestione dei noduli tiroidei (6-8), ci sia stata negli ultimi anni una variazione dell'incidenza del carcinoma tiroideo negli USA. In questo lavoro sono stati valutati i *trend* di incidenza del carcinoma tiroideo, aggiustati per età, dal 1992 al 2016 (tutte le istologie, con stratificazione per dimensione, e con aggiustamento per ritardo di segnalazione), basandosi su un registro epidemiologico (SEER 13), comprendente 13 regioni geografiche che rappresentano all'incirca il 14% della popolazione degli Stati Uniti.

### Risultati

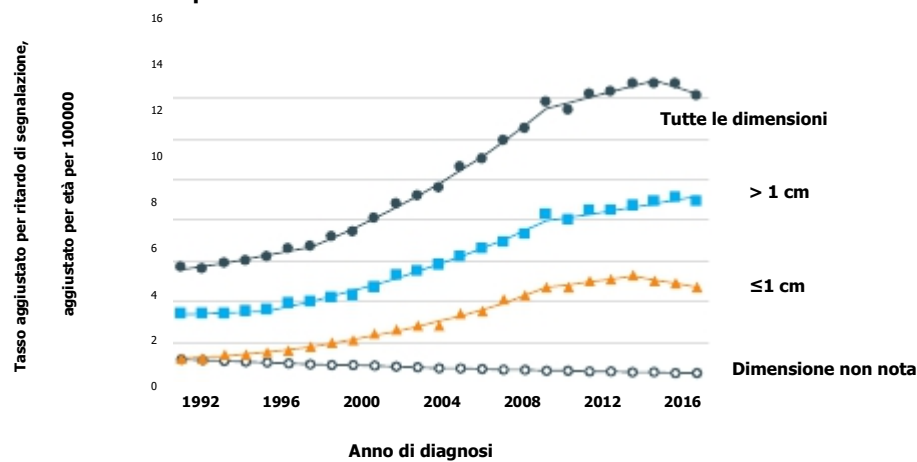
Negli Stati Uniti, tra il 1992 e il 2009, l'incidenza del carcinoma tiroideo, aggiustata per età, è aumentata dal 5.7 al 13.8 per 100mila abitanti, con la più grande variazione annuale percentuale (APC), pari al 6.6%, dal 1998 al 2009. Il tasso di incremento è notevolmente rallentato nel quinquennio 2009-2014 (incidenza da 13.8 a 14.7 per 100mila; APC 2.0%). Dal 2014, l'incidenza del carcinoma tiroideo si è stabilizzata (da 14.7 a 14.1 per 100mila; APC -2.4%) (figura e tabella).

**Trend d'incidenza del cancro alla tiroide negli Stati Uniti, 1992-2016**

Dimensioni del tumore per anno	Variazione annuale percentuale (APC) (IC 95%CI)	Modifica APC	Valore di p per la modifica dell'APC
<b>Tutte le dimensioni</b>			
1992-1998	3.1 (2.2 – 4.1)		
1998-2009	6.6 (6.2 – 7.0)	+3.5	< 0.001
2009-2014	2.0 (0.3 – 3.7)	-4.6	< 0.001
2014-2016	-2.4 (-7.5 – 3.1)	-4.4	0.06
<b>≤ 1 cm</b>			
1992-1996	6.2 (2.6 – 9.8)		
1996-2009	9.1 (8.4 – 9.8)	+2.9	0.06
2009-2013	2.9 (-2.5 – 8.6)	-6.2	0.02
2013-2016	-3.7 (-8.7 – 1.7)	-6.6	0.04
<b>&gt; 1 cm</b>			
1992-1996	1.1 (-1.0 – 3.3)		
1996-2009	6.5 (6.1 – 6.9)	+5.4	< 0.001
2009-2016	2.0 (1.1 – 2.9)	-4.5	< 0.001
<b>Dimensione sconosciuta</b>			
1992-2016	-3.6 (-4.1 – -3.2)		



**Trends di Incidenza del Cancro tiroideo, con stratificazione per dimensione tumorale dal 1992-2016**



L'incidenza dei tumori sub-centimetrici (micro-carcinomi) è aumentata costantemente dal 1992 al 2009, dall'1.2 al 4.7 per 100mila, con la maggiore APC (9.1%) dal 1996 al 2009. I trend si sono stabilizzati dal 2009 al 2013 (incidenza da 4.7 a 5.3 per 100mila; APC 2.9%), e poi ridotti da 2013 al 2016 (incidenza da 5.3 a 4.7 per 100mila; APC -3.7%).

**Discussione**

I risultati di questo studio dimostrano che tra il 2009 e il 2016, dopo 3 decenni di rapido aumento, l'incidenza del cancro tiroideo negli USA ha raggiunto un *plateau* e ha iniziato a ridursi. Anche per i micro-carcinomi tiroidei (in incremento crescente dal 1992) il trend di incidenza ha iniziato a invertirsi tra il 2013 e il 2016.

Questi cambiamenti si sono verificati dopo aver compreso la natura indolente di molti piccoli tumori della tiroide, con conseguente tendenza, da parte dei clinici, a un minor ricorso a metodiche diagnostiche non necessarie. Infatti, nel 2009 e 2015 le linee guida dell'*American Thyroid Association* e nel 2017 le linee guida della *US Preventive Services Task Force* (6-8) hanno elaborato nuove raccomandazioni basate sulla stratificazione del rischio oncologico, suggerendo l'osservazione (rispetto all'ago-biopsia immediata) per i noduli più piccoli e/o a rischio più basso.

**Commento**

Contrariamente a quanto descritto negli USA (5) e in Corea del Sud (4), in Italia, in particolare nelle regioni del centro-Sud, si continua a registrare un aumento dei tassi di incidenza dei tumori tiroidei (9), in egual misura negli uomini (+4%, soprattutto nelle fasce più giovani) e nelle donne (+2.5%, soprattutto nelle donne più giovani). Questo aumento è probabilmente riferibile alla tendenza persistente dei tireologi italiani verso un atteggiamento diagnostico ancora troppo aggressivo.

Queste evidenze epidemiologiche suggeriscono l'esigenza di migliorare le attuali pratiche diagnostiche nazionali, allineandole ai dettami delle recenti linee guida internazionali, **scoraggiando le prescrizioni "indiscriminate" di accertamenti ecografici o ago-bioptici in pazienti asintomatici.**

Lo studio di Powers et al (5) dimostra, infatti, che un iter diagnostico meno intensivo, soprattutto per i noduli tiroidei di piccole dimensioni e considerati a basso rischio oncologico, si traduce in un declino nell'incidenza del cancro tiroideo.

Esistono tuttavia importanti limitazioni a questo studio, che includono la natura osservazionale dell'analisi (che non è in grado di provare la causalità), e il fatto che i trend potrebbero non essere generalizzabili alle altre aree degli Stati Uniti oltre alle 13 regioni geografiche del SEER. Nuovi studi sono necessari per avvalorare l'ipotesi avanzata in questa analisi osservazionale.

### Bibliografia

1. Lim H, Devesa SS, Sosa JA, et al. Trends in thyroid cancer incidence and mortality in the United States, 1974-2013. JAMA [2017, 317: 1338-48](#).
2. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. JAMA [2006, 295: 2164-7](#).
3. Furuya-Kanamori L, Bell KJL, Clark J, et al. Prevalence of differentiated thyroid cancer in autopsy studies over six decades: a meta-analysis. J Clin Oncol [2016, 34: 3672-9](#).
4. Ahn HS, Welch HG. South Korea's thyroid-cancer "epidemic" — turning the tide. N Engl J Med [2015, 373: 2389-90](#).
5. Powers AE, et al. Changes in trends in thyroid cancer incidence in the United States, 1992 to 2016. JAMA [2019, 322: 2440-1](#).
6. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, et al; US Preventive Services Task Force. Screening for thyroid cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA [2017, 317: 1882-7](#).
7. 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](#).
8. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid [2009, 19: 1167-214](#).
9. AIRTUM Working Group. I numeri del cancro in Italia. [2019](#).