

STORIA NATURALE E VARIAZIONI DIMENSIONALI DEI CARCINOMI PAPILLIFERI DELLA TIROIDE DURANTE SORVEGLIANZA ATTIVA

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Negli ultimi anni si è verificato un progressivo aumento della diagnosi di carcinomi tiroidei, fortunatamente ristretto a quelli meno aggressivi (papilliferi, PTC) e di piccole dimensioni (fino a 2 cm di diametro), non associato ad aumentato tasso di mortalità. È necessario, quindi, valutare nuovi approcci per **evitare il sovra-trattamento** di tali tumori, probabilmente destinati nella maggior parte dei casi a restare indolenti e asintomatici, **identificando la piccola percentuale di tali tumori che continueranno a crescere**. Recenti studi, soprattutto giapponesi, hanno proposto una strategia di sorveglianza attiva dei micro-carcinomi tiroidei (diametro massimo ≤ 1 cm) in alternativa alla chirurgia, riservando quest'ultima solo ai casi di progressione clinica.

Uno **studio prospettico osservazionale** proveniente dagli Stati Uniti, recentemente pubblicato su JAMA, ha valutato la cinetica di crescita di tali tumori, estendendola a quelli di diametro ≤ 1.5 cm. Una popolazione di **291 pazienti** (età media 52 anni, 75% femmine) **con diagnosi citologica di PTC o sospetto tale** (categorie VI e V di Bethesda), **a basso rischio** (intra-tiroidei e senza evidenza di linfadenopatie o metastasi a distanza), ha optato per la **sorveglianza attiva** in alternativa all'intervento chirurgico. Durante una **mediana di 25 mesi** (range 6-166), il calcolo del volume tumorale ha dimostrato cumulativamente un incremento $> 50\%$ in 36 pazienti (12.4%) e una riduzione $> 50\%$ in 19 (6.5%) (non determinato in 7 per mancanza di riproducibilità delle misurazioni). Complessivamente, il **volume è rimasto stabile o si è ridotto in 248/291 pazienti (85.2%)**. La cinetica di crescita dei tumori ha presentato un classico modello di crescita esponenziale, con una mediana di tempo di raddoppiamento di 2.2 anni. Durante il *follow-up* non si sono registrate metastasi regionali o sistemiche. I **pazienti di età < 50 anni** hanno dimostrato una **probabilità di crescita del tumore 5 volte maggiore** rispetto ai più anziani.

Lo studio, seppur limitato dal piccolo campione preso in esame, sembra confermare i dati provenienti dagli studi giapponesi relativi al basso tasso di crescita di questi tumori. Si conferma, quindi, la necessità di disegnare un percorso di trattamento e *follow-up* più "leggero" rispetto alle neoplasie di maggiori dimensioni. Il **messaggio da cogliere** non è però quello di sottoporre ad ago-aspirato tutti i noduli "sospetti", compresi i più piccoli e poi proporre al paziente la sola sorveglianza: studi come quello appena presentato servono invece a rassicurare lo specialista sul basso impatto clinico rappresentato da un piccolo nodulo della tiroide, anche se con qualche caratteristica ecografica dubbia.

Le Linee Guida AME, *American Association of Clinical Endocrinologists* (AACE) e *American College of Endocrinology* (ACE) consigliano la **sola sorveglianza in caso di noduli di dimensioni < 5 mm** e nel caso di noduli da 5 a 10 mm consigliano l'ago-aspirato solo in presenza di fattori di rischio aggiuntivi, quali ad esempio linfadenopatie sospette del collo o storia familiare di cancro della tiroide.

Bibliografia

1. Tuttle RM, Fagin JA, Minkowitz G, et al. Natural history and tumor volume kinetics of papillary thyroid cancers during active surveillance. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2017, DOI: [10.1001/jamaoto.2017.1442](https://doi.org/10.1001/jamaoto.2017.1442).
2. 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.
3. Gharib H, Papini E, Garber JR, et al; AAACE/ACE/AME Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi. Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules—2016 update. *Endocr Pract* 2016, 22: 622-39.

