

CARCINOMA TIROIDEO A BASSO RISCHIO: QUANDO LA SORVEGLIANZA ATTIVA?

Recentemente è stato pubblicato un aggiornamento clinico su JAMA riguardante la sorveglianza attiva del carcinoma tiroideo a basso rischio. Nello scorso anno sono stati diagnosticati 53.990 nuovi casi di carcinoma tiroideo negli Stati Uniti, mostrando un significativo aumento di incidenza nelle ultime tre decadi. Questo è stato attribuito al maggior impiego dell'ecografia, che ha portato a un aumento di diagnosi di carcinoma tiroideo in tutti gli stadi. Nonostante ciò, la mortalità è aumentata solo lievemente (da 0.4 a 0.5 per 100.000/anno dal 1980). Dato il basso rischio di recidiva del carcinoma papillifero della tiroide (CPT) riscontrato incidentalmente, la rimozione chirurgica delle lesioni potrebbe portare più rischi che benefici. Anche in mani esperte, infatti, la tiroidectomia è associata a complicanze chirurgiche (lesioni del nervo ricorrente - circa 1% - e danni alle paratiroidi - 0-2%) e complicanze correlate all'anestesia.

Nei primi anni '90 due centri in Giappone hanno iniziato un protocollo di **sorveglianza ecografica in alternativa alla chirurgia immediata per pazienti con CPT sub-centimetrico intra-tiroideo**. In caso di crescita del tumore o comparsa di metastasi linfonodali, i pazienti venivano indirizzati alla chirurgia. Un prolungato periodo di *follow-up* ha dimostrato che rispetto alle misurazioni basali **la maggior parte di questi tumori rimaneva invariata o si riduceva di dimensioni**. Nessuno di questi pazienti è deceduto per tumore della tiroide.

Simili protocolli di "sorveglianza attiva" sono stati adottati in altri centri per noduli di CPT ≤ 1.5 cm. **È stato necessario ricorrere all'intervento chirurgico nel 7-16% dei pazienti**: 4-8% per crescita del nodulo, 1-2% per comparsa di metastasi linfonodali, 2-6% per altre ragioni (preferenza del paziente o insorgenza di altre malattie tiroidee o paratiroidi). La crescita del nodulo e la comparsa di nuove metastasi linfonodali si sono verificate 4-5 volte **più frequentemente nei giovani** rispetto ai più anziani: usando 40 anni come *cut-off*, 8.9% vs 1.6%.

Caratteristiche dei pazienti candidabili alla sorveglianza attiva

CPT intra-tiroideo, unico *focus*, < 1 cm, circondato per 2 mm da parenchima tiroideo normale.
Assenza di linfadenopatie sospette.
Senza varianti aggressive.
Età > 60 anni.
Con comorbidità.
Disponibili a effettuare un regolare *follow-up*.

N.B. Tumori di dimensioni comprese fra 1 e 1.5 cm (pT1b N0 M0) sembrano avere un comportamento simile ai micro-carcinomi (pT1a N0 M0).

Una volta arruolato il paziente nel programma di sorveglianza attiva, è necessario sottoporlo a ecografia del collo ogni 6 mesi nei primi 2 anni. In caso di stazionarietà del quadro clinico, si possono dilazionare i controlli ogni 1-2 anni. Le **caratteristiche ecografiche che devono indirizzare al ricorso alla chirurgia** sono:

- aumento nel diametro maggiore del nodulo di almeno 3 mm rispetto alla misura iniziale (è stato suggerito che un aumento volumetrico del nodulo $> 50\%$ sia un indice di progressione di malattia precoce e accurato);
- comparsa di linfadenopatie sospette confermate citologicamente.

La sorveglianza attiva dei micro-carcinomi potrebbe ridurre le morbidità del trattamento chirurgico, ma l'approccio a questo tipo di strategia negli Stati Uniti è ancora in fase iniziale e non si sa ancora se saranno ampiamente riproducibili i risultati favorevoli riportati nei centri specializzati. Inoltre, i progressi futuri della diagnostica molecolare in citologia permetteranno l'identificazione dei carcinomi a crescita aggressiva, che verranno esclusi dalla sorveglianza attiva. Infine, sono auspicabili studi randomizzati a lungo termine che comparino chirurgia vs sorveglianza attiva.

Bibliografia

1. Zanocco KA, Hershman JM, Leung AM. Active surveillance of low-risk thyroid cancer. JAMA [2019, 321: 2020-1.](#)

