

NEL CANCRO TIROIDEO A RISCHIO INTERMEDIO QUANDO RIPETERE L'ECOGRAFIA?

Responsabile Editoriale
Vincenzo Toscano

Il paziente con carcinoma tiroideo è definito dall'*American Thyroid Association* a **rischio intermedio** (1) in presenza di:

- invasione microscopica nel tessuto peri-tiroideo;
- metastasi linfonodali cervicali;
- WBS positiva al di fuori del letto tiroideo;
- caratteri di aggressività all'esame istologico;
- invasione vascolare.

In questi pazienti il **rischio di recidiva o di malattia strutturale raggiunge il 21%**, ma **cade a meno del 2% se il paziente mostra eccellente risposta alla terapia iniziale** (chirurgia + radioiodio) (2). Anche quando il paziente mostra eccellente risposta alla terapia, le linee guida ATA consigliano l'esecuzione di ecografia tiroidea:

1. 6-12 mesi dopo la chirurgia;
2. successivamente, sulla base del valore di tireoglobulina (Tg) e del rischio di recidiva.

Un recente studio (3) ha valutato retrospettivamente l'utilità clinica di controlli ecografici periodici in 90 pazienti inizialmente stratificati a rischio intermedio, ma con valore di Tg non stimolata < 1.0 ng/mL (*follow-up* mediano di 10 anni).

La diagnosi di recidiva strutturale è stata posta nel **10% dei casi, a distanza di 6.3 anni dalla terapia** (mediana). In questi pazienti il **"merito" della diagnosi è attribuibile all'ecografia in soli 4 casi e all'aumento della Tg negli altri 5 casi**. Nel corso del *follow-up* sono state evidenziate **alterazioni ecografiche** in 51/90 pazienti (**57%**), poi rivelatesi infondate (**falsi positivi**), che hanno condotto a indagini aggiuntive: 3 biopsie, 6 WBS, 11 TC/RM, 9 PET, 238 ecografie del collo.

In conclusione, in questo gruppo di pazienti con eccellente risposta (Tg < 1.0 ng/mL) dopo la terapia iniziale, **l'uso frequente dell'ecografia nel follow-up era gravato da elevata probabilità di identificare falsi positivi**, piuttosto che reali recidive di malattia. Le suddette osservazioni non sono ovviamente applicabili a pazienti definiti ad alto rischio, né tantomeno a pazienti a rischio intermedio ma con incompleta risposta strutturale o biochimica alla terapia.

Per questo motivo, **nel paziente, anche se inizialmente stratificato a rischio intermedio, ma con eccellente risposta terapeutica** (Tg non stimolata < 1.0 ng/mL ed ecografia post-operatoria negativa), **l'ecografia tiroidea di controllo dovrebbe essere eseguita ogni 3-5 anni**.

Bibliografia

1. American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* **2009**, *19*: 1167-214.
2. Tuttle M, Tala H, Shah J, et al. Estimating risk of recurrence in differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy and radioactive iodine remnant ablation: using response to therapy variables to modify the initial risk estimates predicted by the new American Thyroid Association staging system. *Thyroid* **2010**, *20*: 1341-9.
3. Yang PS, Bach AM, Tuttle MR, Fish SA. Frequent screening with serial neck ultrasound is more likely to identify false positive abnormalities than clinically significant disease in the surveillance of intermediate risk papillary thyroid cancer patients without suspicious findings on follow-up ultrasound evaluation. *J Clin Endocrinol Metab* **2015**, DOI: [10.1210/jc.2014-3651](https://doi.org/10.1210/jc.2014-3651).
4. Torlontano M, Attard M, Crocetti U, Massa M. Follow-up dei tumori differenziati. Endowiki.

