



IL CANCRO DELLA TIROIDE E NUOVE LINEE GUIDA ATA

Laura Fugazzola

Professore Associato di Endocrinologia presso l'Università degli Studi di Milano

Dati epidemiologici recentemente pubblicati riportano che già dal 2015 il cancro della tiroide diventerà, nei Paesi più sviluppati economicamente, il secondo tumore più frequente nel sesso femminile, dopo il carcinoma della mammella¹. Gli esperti si trovano pertanto a dover fronteggiare una aumentata diffusione di tumori tiroidei che era, perlomeno parzialmente, inattesa e che è prevalentemente la conseguenza di un aumento delle indagini di screening generale della popolazione. L'aumento di incidenza di questo tumore è infatti soprattutto dovuto alla scoperta incidentale di piccoli tumori come conseguenza di ecografie del collo spesso eseguite per altre patologie. Tipico è il caso dell'ecocolordoppler effettuata per la valutazione dei vasi sovra-aortici. Ci si trova pertanto di fronte a tumori più piccoli e ad uno stadio molto più precoce rispetto alle neoplasie tiroidee diagnosticate qualche decennio fa e che necessitano pertanto di trattamenti meno aggressivi nella maggior parte dei casi². Le nuove linee guida dell'American Thyroid Association sulla diagnosi e terapia del nodulo tiroideo, che verranno pubblicate nella prima parte del 2015³ vedranno limitate le indicazioni alla ecografia di massa e ripetuta nel tempo, così come l'esecuzione di citologia su ago aspirato in maniera indiscriminata, indipendentemente dalle caratteristiche e dalle dimensioni del nodulo. Per quanto riguarda la terapia, recenti dati scientifici hanno dimostrato che i tumori tiroidei di dimensioni inferiori al cm e senza estensione extratiroidea, crescono molto lentamente e solo in una bassissima percentuale di casi danno luogo a metastasi linfonodali.^{4,5} Nelle nuove linee guida verrà pertanto anche prevista la possibilità di seguire nel tempo tali tumori, senza eseguire alcun intervento. Verrà inoltre contemplata la possibilità di esecuzione di interventi più conservativi, quali la lobectomia, fino ad ora considerata meno consigliabile rispetto alla tiroidectomia totale. Per quanto riguarda la terapia radio metabolica, fino ad ora utilizzata dopo l'intervento di tiroidectomia totale in tutti i casi di tumori tiroidei superiori al centimetro o con estensione extratiroidea, verrà riservata esclusivamente ai tumori particolarmente avanzati o aggressivi, che non costituiscono più del 10-20% dei casi. Infine, la terapia TSH soppressiva con dosi soprafisiologiche di ormone tiroideo che veniva somministrata ai pazienti con cancro della tiroide per tutta la vita, viene ora considerata più nociva rispetto ai benefici attesi e viene pertanto limitata ai casi più avanzati.

Si profilano pertanto nei prossimi anni grossi cambiamenti nel campo della oncologia tiroidea, sia dal punto di vista epidemiologico, che diagnostico e terapeutico.

1. Franceschi S, Wild CP. Meeting the global demands of epidemiologic transition - the indispensable role of cancer prevention. *Mol. Oncol.* 2013 Feb;7(1):1-13
2. Pacini F. Management of papillary thyroid microcarcinoma: primum non nocere! *J Clin Endocrinol Metab.* 2013 Apr;98(4):1391-3.
3. *Thyroid.* 2014 Sep 29. [Epub ahead of print]
4. Ito Y, Miyauchi A, Inoue H, et al. An observational trial for papillary thyroid microcarcinoma in Japanese patients. *World J Surg.* 2010;34:28-35
5. Ito Y, Miyauchi A, Kihara M, Higashiyama T, Kobayashi K, Miya A. Patient age is significantly related to the progression of papillary microcarcinoma of the thyroid under observation. *Thyroid.* 2014 Jan;24(1):27-34. doi: 10.1089/thy.2013.0367. Epub 2013 Nov 14.