Cancro della tiroide a basso rischio

Data 15 settembre 2013
Categoria endocrinologia

Un articolo del BMJ richiama l'attenzione sul pericolo di sovradiagnosi e sovratrattamento del cancro tiroideo a basso rischioevolutivo.

L'esame ecografico è oggi largamente disponibile, relativamente economico e ripetibile. Questo porta inevitabilmente ad un aumento delle diagnosi di varie patologie tra cui il cancro della tiroide, che può essere un reperto occasionale trovato durante l'esecuzione di una ecografia a livello del collo e dei vasi epiaortici.

Invero non ci sono linee guida che consiglino lo screening del cancro tiroideo, purtroppo questa diagnosi viene posta molto spesso perchè l'esame ecografico a livello del collo è stato richiesto per altri motivi e il riscontro di un nodulo tiroideo diventa un vero e proprio incidentaloma.

Altre volte un nodulo tiroideo sospetto viene riscontrato perchè l'ecografia viene richiesta per la diagnosi e il monitoraggio di una patologia tiroidea benigna come una tiroidite o un iper/ipotiroidismo.

Per la serie "Troppa medicina" il British Medical Journal pubblica uno studio in cui è stato valutato che l'incidenza di cancro della tiroide, negli USA, è praticamente triplicato negli ultimi 30 anni. Era di 3,6 casi ogni 100.000 abitanti nel 1973 ed è stata di 11,6 casi/100.000 nel 2009.
In questo lasso di tempo i decessi dovuti a cancro papillare della tiroide sono rimasti stabili, il che fa ritenere che molti casi diagnosticati in questi ultimi anni in realtà siano stati trattati inutilmente.
Nella maggior parte dei casi diagnosticati, infatti, si tratta di cancri papillari di piccole dimensioni che spesso non hanno tendenza aggressiva e non porterebbero mai al decesso del paziente.

Insomma, si ripete per la tiroide quello che succede per il cancro prostatico in cui lo screening con PSA ha lo svantaggio di portare a sovradiagnosi e sovratrattamenti. Nel caso specifico la tiroidectomia può essere gravata da complicanze come paralisi laringea e ipoparatiroidismo.

Il problema maggiore è che anche per il cancro tiroideo non abbiamo al momento mezzi affidabili per poter dire se si tratta di una neoplasia evolutiva o clinicamente non aggressiva. Una volta riscontrato un piccolo nodulo tirodeo sospetto con l'esame ecografico si esegue un'agobiopsia e se questa dimostra la presenza di cellule tumorali il passo successivo diventa l'intervento di asportazione.

Il problema non è di facile gestione perchè non è semplice suggerire al paziente una soluzione alternativa all'intervento come la sorveglianza.

Gli autori dello studio, per fare il punto della situazione, in una comoda tabella riassuntiva, riportano quanto suggerito attualmente dalle linee guida per la gestione dei noduli tiroidei :

1) La metodica per valutare i noduli tiroidei è costituita dagli ultrasuoni e non dalla TC o dalla RM

2) si deve eseguire un'agobiopsia in tutti i noduli solidi maggiori ≥ 10 mm, in quelli misti (in parte solidi in parte di tipo cistico) ≥ 20 mm, in quelli ≥ 5 mm se l'imaging è sospetta e in tutti i noduli di soggetti con anamnesi familiare positiva per cancro tiroideo oppure con anamnesi personale positiva per irradiazione

3) se l'agoaspirato dimostra la presenza di una neoplasia è indicato l'intervento chirurgico qualsiasi sia il tipo istologico di tumore diagnosticato; il trattamento con radioiodio non è consigliato nel caso di cancro papillare a basso rischio ma può essere preso in considerazione in pazienti particolari

4) dopo l'intervento chirurgico è raccomandata la terapia tiroidea soppressiva.

Gli autori propongono anzitutto di cambiare la terminologia (non usare più il termine cancro per definire lesioni a basso rischio ma dizioni come lesione micropapillare a decorso idolente); inoltre suggeriscono di effettuare studi randomizzati e controllati (intervento versus sorveglianza) per meglio definire la gestione più appropriata per questi pazienti.

Infine secondo gli autori, date le incertezze attuali, va data molta importanza alla decisione e alla preferenza del paziente dopo accurata informazione dello stesso.

Una conclusione con la quale siamo in completo accordo anche se l'esperienza pratica ci dimostra che, messo di fronte ad una diagnosi di cancro tiroideo, il paziente opta quasi sempre per l'intervento. E' difficile infatti convivere con l'idea che, pur avendo una neoplasia, ci si astiene da qualsiasi terapia affidandosi solo al monitoraggio periodico. Anche quando al paziente si fornisce una informazione completa ed esauriente, spiegando che la momento non ci sono evidenze che la chirurgia sia in grado di migliorare la sopravvivenza nel caso di tumori tiroidei papillari di piccole

dimensioni, la decisione finale è quasi scontata. Una scelta che si può ben comprendere.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours
BMJ 2013; 347 doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f4706
BMJ 2013;347:f4706. Pubblicato online il 27 agosto 2013.

2. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid2009;19:1167-214