

Una diagnosi incidentale...

Il signor M.B. è un paziente di 76 anni, affetto da BPCO in ossigenoterapia notturna, fibrillazione atriale e malattia renale cronica stadio IIIb. Nel gennaio 2023 è stato sottoposto a rivascolarizzazione mediante bypass aorto-coronarico per infarto miocardico acuto anteriore; contestualmente è stata posta diagnosi di diabete mellito tipo 2. Nell'ambito della stratificazione del rischio cardiovascolare e dello screening delle complicanze del diabete è stato sottoposto ad ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici, con riscontro incidentale di un nodulo tiroideo a carico del lobo destro. E' stata effettuata quindi un'ecografia tiroidea, che ha documentato la presenza in sede medio-basale del lobo tiroideo destro di un nodulo ipoecogeno, delle dimensioni di 7x6x9 mm, con forma e margini irregolari e alcuni spot iperecogeni interni (EUTIRADS 5).

A completamento diagnostico è stato dosato il TSH (3.2 mIU/ml) e la calcitonina (negativa), ed è stato effettuato agoaspirato della lesione con riscontro citologico di lesione neoplastica maligna (TIR5).

Insieme al paziente sono state discusse le possibili opzioni terapeutiche. Quale delle seguenti opzioni NON risulta percorribile?

1. *Emitiroidectomia destra*
2. *Termoablazione della lesione*
3. *Sorveglianza attiva*
4. *Terapia radiometabolica*

La risposta esatta è la n4

Terapia radiometabolica

Perché:

La terapia radiometabolica (RAI) è un'opzione terapeutica utilizzata nel trattamento del carcinoma differenziato della tiroide, come terapia adiuvante dopo la tiroidectomia totale nei casi di intermedio/alto rischio di recidiva e/o nei casi di persistenza di malattia; il suo utilizzo **NON** trova indicazione nei casi di diagnosi citologica di tumore tiroideo (risposta 4 esatta).

È importante osservare che le linee guida attuali sono concordi nello stabilire che non ci sia, in assenza di linfonodi patologici o di una estensione extra-tiroidea, una raccomandazione per l'esecuzione dell'esame citologico su noduli tiroidei con dimensioni inferiori a 1 cm, anche se francamente sospetti dal punto di vista ecografico. Questo approccio è guidato dalla considerazione che l'efficacia dell'agoaspirato in noduli di piccole dimensioni può essere limitata e dai dati clinici che dimostrano che la mortalità a lungo termine per tumori tiroidei differenziati di piccole dimensioni non è aumentata, orientando verso una strategia di sorveglianza attiva anziché di procedure invasive, evitando interventi chirurgici non necessari. Proprio in considerazione di ciò nella valutazione di noduli tiroidei, diversi criteri, oltre alle dimensioni e al rischio ecografico, devono influenzare l'indicazione all'agoaspirato (età, sesso, comorbidità, ecc...).

Quando la strategia chirurgica è percorribile, l'emitiroidectomia è l'opzione terapeutica di prima scelta nei casi di tumore tiroideo a basso rischio preoperatorio (singolo nodulo, piccole dimensioni, assenza di invasione locoregionale, assenza di linfonodi sospetti) per la possibilità di conservare la funzione tiroidea e per minimizzare le complicanze della chirurgia bilaterale. Questa opzione terapeutica è accettabile nel nostro paziente. (risposta 1 non corretta)

La sorveglianza attiva può essere considerata un'alternativa alla chirurgia in pazienti con tumori a rischio molto basso, oppure la scelta terapeutica più appropriata in pazienti ad alto rischio chirurgico per gravi comorbidità, con aspettativa di vita residua relativamente breve o di età avanzata. Pertanto, anche questa opzione terapeutica è accettabile nel nostro paziente. (risposta 3 non corretta).

Infine, la procedura di termoablazione rappresenta una ulteriore alternativa non chirurgica e meno invasiva per il trattamento dei tumori tiroidei di dimensioni ridotte; tra le tecniche di termoablazione, la radiofrequenza e la terapia laser sono le più comunemente utilizzate. L'uso della termoablazione per i tumori tiroidei presenta vantaggi come la minima invasività, la riduzione del rischio di complicanze rispetto alla chirurgia, la preservazione della funzione tiroidea e la fattibilità in pazienti ad alto rischio chirurgico, garantendo alta efficacia e sicurezza. Anche questa opzione terapeutica è quindi possibile nel nostro paziente (risposta 2 non corretta).

Bibliografia di riferimento

1. Durante C et al. 2023 European Thyroid Association Clinical Practice Guidelines for thyroid nodule management. Eur Thyroid J. 2023
2. Haugen BR et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016
3. Mauri G et al. Clinical practice guideline for the use of minimally invasive treatments in malignant thyroid lesions. European Thyroid Journal 2021
4. Chou R et al. Active Surveillance Versus Thyroid Surgery for Differentiated Thyroid Cancer: A Systematic Review. Thyroid. 2022

Autori

Dott. Federica Antonella Ripepi

federicaantone.ripepi01@universitadipavia.it

Dip. Di Medicina Interna e Terapia Medica Università di Pavia, Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Pavia