

L'incidenza del carcinoma tiroideo nel gozzo multinodulare: analisi retrospettiva

A. MARGARI, D. D'ABBICCO, A. NOTARNICOLA, B. EPIFANIA, S. PRAINO

Università degli Studi di Bari, U.O. Chirurgia Generale "G. Marinaccio" (Direttore: Prof. A. Margari)

SUMMARY: The incidence of thyroid carcinoma in multinodular goiter: retrospective analysis.

A. MARGARI, D. D'ABBICCO, A. NOTARNICOLA, B. EPIFANIA, S. PRAINO

Introduction: Patients with multinodular goiter are traditionally considered patients with lower risk of malignancy respect to patients with solitary nodule of the thyroid.

Aim of the study: This study is a retrospective analysis of the patients submitted to total tiroidectomy for multinodular goiter with the purpose to appraise the incidence of the thyroid carcinoma and to recognize a possible difference in comparison to the patients operated for uninodular goiter. The study has regarded 66 patients submitted to total tiroidectomy in the O.U. of General Surgery "G. Marinaccio" of the University of the Studies of Bari.

Results: The histological diagnosis of carcinoma of the thyroid is had in 29 cases (43,9% of the operated patients); 18 carcinomas were present in the 38 patient affected by multinodular goiter (47,3%) and 11 carcinomas have been shown in the 19 patient affected by uninodular goiter (57,8%).

Conclusions: The elevated incidence of thyroid carcinoma (47,8% of this experience) in the patients submitted to total tiroidectomy for multinodular goiter on the base of the only clinical evaluation and in absence of a preoperatorive cytological study defends the correctness of the surgical indication and the idea however that an accurate preoperatorive diagnosis of thyroid carcinoma is not always possible.

KEY WORDS: thyroid nodule, thyroid carcinoma, multinodular goiter.

Introduzione

La patologia nodulare della tiroide è particolarmente comune. È stimato che il 4-7% della popolazione adulta presenta un nodulo tiroideo palpabile (1), ma tale incidenza può raggiungere il 50% della popolazione generale se vengono considerati screening ecografici

o autoptici (2). Tale elevata incidenza di patologia nodulare è complicata o accompagnata da patologia maligna soltanto in una percentuale inferiore al 10% dei casi (3). I pazienti con gozzo multinodulare sono stati tradizionalmente considerati pazienti a minor rischio di malignità rispetto a pazienti con nodulo singolo della tiroide (4). Scopo di questo studio è una analisi retrospettiva dei pazienti sottoposti a tiroidectomia totale per gozzo multinodulare al fine di valutare la incidenza del carcinoma tiroideo e riconoscere una eventuale differenza rispetto ai pazienti operati per gozzo uninodulare.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio retrospettivo in pazienti (sia eutiroidei sia ipertiroidei) sottoposti a tiroidectomia totale per gozzo multinodulare, dal maggio 2006 al marzo 2009, presso la U.O. di Chirurgia Generale "G. Marinaccio" dell'Università degli Studi di Bari. La valutazione preoperatoria ha previsto per tutti i pazienti un esame ecografico del collo, tests di laboratorio per la definizione della attività tiroidea, visita ORL. L'esame citologico (FNAB) è stato eseguito solo in pazienti con chiari indicatori di malignità, ma tali pazienti sono stati esclusi dall'analisi. La tiroidectomia totale è stata eseguita secondo la tecnica che prevede la identificazione dei nervi ricorrenti, l'isolamento e la conservazione delle ghiandole paratiroidee.

Risultati

Lo studio ha reclutato 66 pazienti sottoposti a tiroidectomia totale presso la U.O. di Chirurgia Generale "G. Marinaccio" dell'Università degli Studi di Bari; la diagnosi istologica di gozzo multinodulare è stata posta in 38 casi (57,5%); di gozzo uninodulare in 19 casi (28,7%); ipo-iperplasia "uniforme" del tessuto tiroideo

Corrispondenza Autore:
Dott. Dario D'Abbicco
Viale della Repubblica, 82 - 70125 Bari
E-mail: dabbicco@chirurgiamarinaccio.uniba.it
© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

in 9 casi (13,6%). Il riscontro istologico di carcinoma della tiroide si è avuto in 29 casi (43,9% dei pazienti operati); 18 carcinomi erano presenti nei 38 pazienti affetti da gozzo multinodulare (47,3%) e 11 carcinomi sono stati dimostrati nei 19 pazienti affetti da gozzo uninodulare (57,8%). I 18 pazienti con carcinoma tiroideo su gozzo multinodulare sono 13 donne e 5 maschi; 3 carcinomi sono multifocali e 2 sono microcarcinomi (\leq 2mm). Gli 11 pazienti portatori di carcinoma tiroideo su gozzo uni nodulare sono 8 donne e 3 maschi; nessun carcinoma è multifocale e 4 sono microcarcinomi (\leq 2mm).

Discussione

I pazienti con gozzo multinodulare sono stati tradizionalmente considerati pazienti a minor rischio di malignità rispetto a pazienti con nodulo singolo della tiroide. I risultati di questo studio dimostrano, al contrario, che l'incidenza di tumori maligni in pazienti con gozzo multinodulare non differisce dalla incidenza di tumori maligni in pazienti affetti da gozzo uninodulare: la multinodularità, pertanto, non deve essere considerata un fattore indicativo o significativo di malattia benigna. Il consenso attuale è che la FNAB rappresenti l'esame di riferimento per il management di un nodulo tiroideo dimostrato con esame ecografico (5). La routinaria applicazione della FNAB nella pratica clinica ha comportato, infatti, una riduzione del 50% di tiroidectomie non necessarie e, al tempo stesso, l'incidenza sui pezzi operatori di carcinoma tiroideo è notevolmente aumentata dal 15% al 45% (6-9). Malgrado la semplicità della tecnica FNAB, un importante limite alla metodica è rappresentato dalla patologia tiroidea multinodulare: la citologia aspirativa dovrebbe essere eseguita in tutti i noduli tiroidei se una patologia maligna è sospettata (7). Inoltre, in presenza di risultati incerti la raccomandazione di una seconda valutazione (10), sempre mediante FNAB, se da una parte migliora i risultati d'altra parte moltiplica l'impegno clinico e amplifica i costi. Queste osservazioni limitano, pertanto, l'uso routinario della FNAB nella diagnostica differenziale del gozzo multinodulare. La valutazione del rischio di malignità del gozzo multinodulare si sposta, di conseguenza, su elementi clinici e in particolare sulla misurazione di eventuali variazioni volumetriche e morfologiche dei singoli noduli. È evidenza scientifica che i noduli tiroidei benigni rimangono tali per lungo tempo e solo occasionalmente divengono maligni (6, 11, 12). Rapidi cambiamenti volumetrici e morfologici, in particolare nei pazienti sottoposti a trattamento sostitutivo con ormoni tiroidei, indicano una più elevata probabilità di sviluppare un carcinoma tiroideo (13, 14).

È dimostrata l'insorgenza di carcinoma tiroideo nel 26% di noduli tiroidei con precedente biopsia a esito negativo e che hanno aumentato il loro volume durante un follow-up di 10-30 anni (15). È ancora evidente, per un follow-up di 2 anni, la presenza di carcinoma tiroideo nel 4,5% di noduli risultati negativi ad un primo esame con FNAB (13). Il rischio di sviluppare una patologia maligna è maggiore per noduli di grandi dimensioni (\geq 4cm) che continuano ad aumentare il loro volume (14).

Conclusioni

L'elevata incidenza di carcinoma tiroideo (47,8% i questa esperienza) nei pazienti sottoposti a tiroidectomia totale per gozzo multinodulare sulla base della sola valutazione clinica e in assenza di uno studio citologico preoperatorio sostiene comunque la correttezza della indicazione chirurgica e l'idea che una accurata diagnosi preoperatoria di carcinoma tiroideo non è sempre possibile. Il problema della chirurgia tiroidea non necessaria può essere soltanto limitato ma non completamente eliminato.

Bibliografia

1. Hegedus L. The thyroid nodule. *New Engl J Med* 2004;351:1764-1771.
2. Tyler DS. Evaluation of solitary thyroid nodules. *Ann Surg Oncol* 2000;7:378-398.
3. Singer PA, Cooper DS, Daniels GH. Treatment guidelines for patients with thyroid nodules and well differentiated thyroid cancer. *Arch Int Med* 1996;156:2165-2172.
4. McCall A, Jarosz H, Lawrence AM, Paloyan E. The incidence of thyroid carcinoma in solitary cold nodules and multinodular goiters. *Surgery* 1986;100:1128-1132.
5. Frates M, Benson CB, Charboneau J, Cibas E, Clark OH, Coleman B. Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology* 2005;237:794-800.
6. Mazzaferri EL. Management of solitary thyroid nodule. *Ann Surg Oncol* 1993;328:553-559.
7. Feld S. AACE clinical practice guidelines for the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocr Pract* 1996;2:78-84.
8. Soh EY, Clark OH. Surgical considerations and approach to thyroid cancer. *Surg Clin N Am* 1996;25:115-139.
9. Gharib H, Goellner JR. Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid: an appraisal. *Ann Int Med* 1993;118:282. 289.
10. Yah Y Tan, Kebebew E, Reiff E, Caron NR, Ogilvie JB, Quan-Yang Duh, Clark OH. Does routine consultation of thyroid fine-needle aspiration cytology change surgical management? *J Am Coll Surg* 2007;205:8-12.
11. Brander AEE, Viikinkoski VP, Nickels JJ, Kivisaari LM. Importance of thyroid abnormalities detected at US screening: a 5 years follow-up. *Radiology* 2000;215:801-806.

12. Grant CS, Hay ID, Cough IR. Long-term follow-up of patients with benign thyroid fine-needle aspiration cytologic diagnoses. *Surgery* 1989;106:980-986.
 13. Kuma K, Matsusuka F, Yokozawa T. Fate of untreated benign thyroid nodules: results of long-term follow-up. *W J Surg* 1994; 18:495-498.
 14. Alexander EK, Hurwitz S, Heering JP. Natural history of benign solid and cystic thyroid nodules. *Ann Int Med* 2003;138: 315-318.
 15. Kuma K, Matsusuka F, Kobayashi A. Outcome of long standing solitary thyroid nodules. *W J Surg* 1992;16:583 -588.
-

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI