

Il microcarcinoma differenziato della tiroide

F. SORRENTINO, J. ATZENI, G. ROMANO, G. BUSCEMI, M. ROMANO

RIASSUNTO: Il microcarcinoma differenziato della tiroide.

F. SORRENTINO, J. ATZENI, G. ROMANO, G. BUSCEMI, M. ROMANO

Premessa. Il microcarcinoma della tiroide è un tumore con diametro massimo di 10 mm (OMS). Per la maggior parte risulta clinicamente non palpabile e non evidente alle indagini di imaging. Il microcarcinoma papillare è la più comune forma di tumore della tiroide seguito dal microcarcinoma follicolare. L'obiettivo del nostro studio è valutare la frequenza del microcarcinoma, l'associazione dello stesso a patologia benigna tiroidea e il controverso approccio chirurgico.

Pazienti e metodi. Sono stati analizzati 391 pazienti (321 F e 70 M), sottoposti ad intervento di tiroidectomia totale dal 2004 al 2009 presso l'Unità di Chirurgia Generale, dell'Uremico e dei Trapianti d'Organo del Policlinico di Palermo, diretta dal Prof. M. Romano.

Risultati. Sono stati riscontrati 42 carcinomi, di cui 24 PTMC e 1 microcarcinoma follicolare. Il PTMC era associato a un carcinoma solo in 2 casi (carcinoma papillare e carcinoma paratiroideo), nei restanti il parenchima tiroideo era affetto da patologia benigna (20 gozzi, 3 tiroiditi di Hashimoto, 1 adenoma trabecolare).

Discussione. Controverso risulta ancora il tipo di trattamento chirurgico da effettuare in caso di microcarcinomi differenziati della tiroide, così come è ancora dibattuta l'indicazione alla linfoadenectomia.

Conclusioni. Il microcarcinoma papillare della tiroide, nella nostra casistica, rappresenta il 57% del totale dei tumori tiroidei.

È risultata elevata l'associazione del microcarcinoma con patologia tiroidea benigna (76,92% dei casi). L'atteggiamento terapeutico da noi adottato è stata la tiroidectomia totale associata a linfoadenectomia conservativa in presenza di linfonodi palpabili, astenendoci invece in assenza di riscontri clinici di metastasi linfonodali.

SUMMARY: Differentiated microcarcinoma of the thyroid gland.

F. SORRENTINO, J. ATZENI, G. ROMANO, G. BUSCEMI, M. ROMANO

Background. The thyroid microcarcinoma is a tumor with maximum diameter of 10 mm (WHO). For the most part is not clinically palpable and not evident by imaging investigations. The papillary microcarcinoma is the most common form of thyroid cancer, followed by follicular microcarcinoma. The aim of our study is to assess the frequency of microcarcinoma, the association of benign thyroid disease himself and the controversial surgery.

Patients and Methods. We analyzed 391 patients (321 F and 70 M) who underwent total thyroidectomy from 2004 to 2009 at a Unit of General Surgery, Uremic and Organ Transplant, Hospital of Palermo.

Results. 42 carcinomas were detected, of which 24 PTMC and 1 follicular microcarcinoma. The PTMC was associated with cancer in only 2 cases (papillary carcinoma and parathyroid carcinoma) in the remaining thyroid tissue was suffering from benign disease (20 goiters, 3 Hashimoto thyroiditis, a trabecular adenoma).

Talk. Controversial is still the type of surgery to be performed in case of differentiated thyroid microcarcinomas, as well as the indication is still debated to lymphadenectomy.

Conclusions. Papillary microcarcinoma of the thyroid in our series, represents 57% of all thyroid cancers.

Microcarcinoma and benign thyroid disease association (76.92% of cases) was high. The therapeutic attitude adopted by us was total thyroidectomy associated with conservative lymphadenectomy in the presence of palpable lymph nodes, instead to abstaining in the absence of clinical evidence of nodal metastases.

KEY WORDS: Microcarcinoma differenziato della tiroide - Microcarcinoma papillare - Microcarcinoma follicolare.
Microcarcinoma of the thyroid - Papillary microcarcinoma - Follicular microcarcinoma.

Premessa

Il microcarcinoma della tiroide è definito, in accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, come un tumore con diametro massimo di 10 mm. Per la maggior parte risulta clinicamente non palpabile e non evidente alle indagini di imaging (1). Il microcarcinoma papillare è la più comune forma di tumore della tiroide, con una frequenza che varia dal 6% al 36% negli studi au-

A.O.U.P. Palermo
U.O.C. di Chirurgia Generale,
dell'Uremico e dei Trapianti d'Organo
(Direttore: Prof. M. Romano)

Relazione presentata in occasione del "XXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Endocrinologia"
Palermo, 24-26 giugno 2010

© Copyright 2010, CIC Edizioni Internazionali, Roma

toptici (2-4). Il microcarcinoma follicolare rappresenta invece il 15-20% delle neoplasie maligne della tiroide e presenta una prognosi peggiore rispetto alla variante papillare (sopravvivenza a 5 anni dal 70 all'80%).

Allo stato attuale si definisce "incidentale" quando scoperto in sede di esame istologico di una ghiandola asportata per patologia benigna, e "occulto" quando diagnosticato indirettamente a causa della presenza di grosse metastasi linfonodali cervicali o di metastasi a distanza e scoperto in sede di intervento (3, 4). L'obiettivo del nostro studio è stato di valutare la frequenza del microcarcinoma, l'associazione dello stesso a patologia benigna tiroidea confrontandolo con i dati presenti in letteratura e il controverso approccio chirurgico (tiroidectomia totale o emi-tiroidectomia?).

Pazienti e metodi

Lo studio è stato effettuato presso l'Unità di Chirurgia Generale, dell'Uremico e dei Trapianti d'Organo del Policlinico di Palermo, diretta dal Prof. Romano. Sono stati analizzati 391 pazienti (321 F e 70 M), sottoposti ad intervento di tiroidectomia totale dal 2004 al 2009.

Risultati

Di questi 391 pazienti, 42 erano carcinomi, tra cui 24 PTMC e 1 microcarcinoma follicolare. Il PTMC era associato a un carcinoma solo in 2 casi (carcinoma papillare e carcinoma paratiroideo), nei restanti il parenchima tiroideo era affetto da patologia benigna (20 gozzi, 3 tiroiditi di Hashimoto, 1 adenoma trabecolare). Le dimensioni del PTMC erano in media di 0,6 cm, con un minimo di 0,2 cm. La multifocalità era presente solo in un caso, con interessamento di entrambi i lobi da parte di microfocolai. Si è manifestata inoltre l'associazione con iperplasia delle ghiandole paratiroidi nell'ambito

di un intervento per iperparatiroidismo secondario, nel cui contesto vi era indicazione anche alla tiroidectomia totale per gozzo.

Discussione

Controverso risulta ancora il tipo di trattamento chirurgico da effettuare in caso di microcarcinomi differenziati della tiroide, così come è ancora dibattuta l'indicazione alla linfadenectomia in quanto non è stata riscontrata una differenza significativa sulla sopravvivenza di soggetti N+ rispetto a quelli N- (5, 6).

Conclusioni

Il microcarcinoma papillare della tiroide, nella nostra casistica, rappresenta il 57% del totale dei tumori tiroidei; tale percentuale risulta maggiore di quella descritta in letteratura (20-51, 6%, a seconda delle casistiche prese in considerazione) (7-9).

È risultata elevata l'associazione del microcarcinoma con patologia tiroidea benigna, in particolare con il gozzo (sia adenomatoso che multinodulare), con una frequenza del 76,92% a fronte di una percentuale, descritta in letteratura, variabile dal 2% al 24% (4).

L'atteggiamento terapeutico da noi adottato è stata la tiroidectomia totale associata a linfadenectomia conservativa (con svuotamento del comparto centrale) in presenza di linfonodi palpabili, astenendoci invece in assenza di riscontri clinici di metastasi linfonodali.

Tutti i pazienti con neoplasie differenziate della tiroide devono essere sottoposti a trattamenti con dosi soppressive di L-tiroxina per inibire il rilascio ipofisario di TSH in grado di stimolare la crescita di foci neoplastici residui.

Bibliografia

1. Orsenigo E, Beretta E, Fiacco E. Management of papillary microcarcinoma of the thyroid gland. *EJSO* 2004; 30, 1104-1106.
2. Ian D. Hay, MB, PhD, Maeve E. Hutchinson, MB, Bch, Tomas Gonzalez-Losada. Papillary thyroid microcarcinoma: A study of 900 cases observed in a 60-year period. *Surgery* 2008;144:6.
3. Pelizzo MR, Boschini IM, Tomato A., Piotto A. Papillary thyroid microcarcinoma (PTMC). Prognostic factors, management and outcome in 403 patients. *EJSO* 2006; 32, 1144-1148.
4. Sakorafas GH et al. Papillary thyroid microcarcinoma: A surgical perspective. *Cancer Treatment Reviews* 2005; 31, 423-438
5. Kaptan Gülben et al. Incidental papillary microcarcinoma of the thyroid—factors affecting lymph node metastasis. *Langenbecks Arch Surg* 2008; 393:25–29.
6. Yasuhiro Ito, Chisato Tomoda, Takashi Uruno, Yuuki Takamura. Clinical Significance of Metastasis to the Central Compartment from Papillary Microcarcinoma of the Thyroid. *World J Surg* 2006; 30: 91–99.
7. Michael N, Pakdaman BS, Louise Rochon, Olguta Gologan. Incidence and histopathological behavior of papillary microcarcinomas: Study of 429 cases. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery* 2008; 139, 718-722.
8. Jen-Der Lin, Sheng-Fong Kuo, Tzu-Chieh Chao. Incidental and Nonincidental Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Annals of Surgical Oncology* 15(8):2287–2292.
9. Shiro Noguchi, Hiroto Yamashita, Shinya Uchino, Shin Watanabe: Papillary Microcarcinoma. *World J Surg* 2008; 32:747–753.