

G Chir Vol. 27 - n. 4 - pp. 158-160  
Aprile 2006

## Microcarcinoma tiroideo: nostra esperienza

M. MONACELLI, P. SPERLONGANO<sup>1</sup>, M. D'AJELLO, F. CALZOLARI, A. PIATTO<sup>1</sup>, R. LUCCHINI, C. MISSO, D. PARMEGGIANI<sup>1</sup>, D. PISANIELLO<sup>1</sup>, I. SORDELLI<sup>1</sup>, R. SPERLONGANO<sup>1</sup>, N. AVENIA

RIASSUNTO: **Microcarcinoma tiroideo: nostra esperienza.**

M. MONACELLI, P. SPERLONGANO, M. D'AJELLO, F. CALZOLARI, A. PIATTO, R. LUCCHINI, C. MISSO, D. PARMEGGIANI, D. PISANIELLO, I. SORDELLI, R. SPERLONGANO, N. AVENIA

*I tumori differenziati della tiroide hanno ottima prognosi; sempre più frequente è la diagnosi di neoplasie differenziate sottocentriche (microcarcinomi). L'evoluzione clinica di questi ultimi può essere sostanzialmente diversa, dal solo reperto autoptico all'interessamento linfonodale locoregionale, alla metastatizzazione a distanza. Numerosi fattori prognostici, sia clinici che genetici, sono stati considerati al fine di predire la maggiore o minore aggressività di queste neoplasie. Nella nostra casistica dal 2001 al 2004 abbiamo sottoposto ad intervento chirurgico 74 pazienti con diagnosi di microcarcinoma (MCT). Si è quindi proceduto alla valutazione dei principali fattori di rischio e delle procedure chirurgiche adottate. La multifocalità e le dimensioni sembrano essere gli elementi maggiormente indicativi di maggiore aggressività. Il nostro atteggiamento terapeutico è quello di eseguire sempre la tiroidectomia totale anche nelle patologie benigne e la tiroidectomia totale con linfettomia del comparto centrale in caso di diagnosi pre-operatoria di MCT.*

SUMMARY: **Thyroid microcarcinoma: our experience.**

M. MONACELLI, P. SPERLONGANO, M. D'AJELLO, F. CALZOLARI, A. PIATTO, R. LUCCHINI, C. MISSO, D. PARMEGGIANI, D. PISANIELLO, I. SORDELLI, R. SPERLONGANO, N. AVENIA

*Differentiated thyroid cancer had an excellent prognosis; the diagnosis of sub-centimetric differentiated cancer (microcarcinoma) is more and more frequently. Clinical evolution of microcarcinoma could be various: microcarcinoma can represent an autoptic finding or can evolve with locoregional lymph node involvement or metastasis. Various clinical and genetic factors have been considered to predict the aggressiveness of this neoplasm.*

*From 2001 to 2004, 74 patients with diagnosis of thyroid microcarcinoma underwent surgical treatment. By a retrospective survey we evaluated risk factors and the choice of surgical treatment.*

*The aggressiveness appear to be related mainly to multifocality and size. Our therapeutic strategy is to perform total thyroidectomy for benign pathologies, total thyroidectomy with lymphadenectomy in cases with preoperative diagnosis of microcarcinoma.*

KEY WORDS: Microcarcinoma - Tiroidectomia - Linfadenectomia.  
Microcarcinoma - Thyroidectomy - Lymphadenectomy.

## Introduzione

Il carcinoma papillare della tiroide rappresenta il 75-80% dei tumori tiroidei, con sopravvivenze del 97-98% a 10 anni in pazienti di età inferiore ai 45 anni. L'età continua ad essere uno dei fattori prognostici più importanti considerando che la sopravvivenza a 5 anni è del 99% per età inferiore ai 20 anni e di circa l'86% per età maggiore ai 70 (1).

La WHO definisce microcarcinomi papillari della tiroide (MCT) quei carcinomi di diametro uguale od inferiore a 10 mm (2). Il continuo progresso della diagnostica strumentale ne ha determinato un sempre maggiore riscontro clinico ma appare ancora controverso ed è motivo di discussione quale sia il trattamento di scelta da adottare (tiroidectomia, loboistmectomia, semplice osservazione) (3).

In relazione alla differente evoluzione clinica dei MCT diviene indispensabile identificare quei fattori prognostici che permettano di individuare i soggetti a basso rischio con prognosi eccellente. Il MCT ha una prevalenza autopatica variabile dal 3 al 35,6%, mentre si rende clinicamente manifesto nell'1% dei casi (4, 5). La revisione della nostra casistica si propone di individuare, analogamente a quanto descritto da altri Autori, quei fattori che possano essere correlati con la eventuale progressione della malattia.

Azienda Ospedaliera "Santa Maria", Terni  
Dipartimento Chirurgia Testa e Collo e Tessuti Molli  
S.C. Chirurgia Endocrina del Collo e Tessuti Molli  
Centro di Riferimento Regionale  
(Direttore: Prof. N. Avenia)

<sup>1</sup> Seconda Università di Napoli  
Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza  
V Divisione di Chirurgia Generale  
(Direttore: Prof. U. Parmeggiani)

## Pazienti e metodi

In questo studio retrospettivo sono stati inclusi 1142 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per patologia tiroidea nel nostro Dipartimento dal gennaio 2001 al dicembre 2004. Il MCT è stato riscontrato in 74 casi (6,5%): 16 maschi (21,6%) e 58 femmine (78,4%), con età compresa tra 24 e 73 anni (rapporto F:M 3,6:1). In 52 pazienti (70,2%) l'età era maggiore di 40 anni, mentre in 22 inferiore. In 72 casi (97,2%) è stata eseguita tiroidectomia totale (TT), solo in 2 casi (morbo di Plummer) è stata eseguita una loboistmectomia (LI). In 14 casi, in cui la diagnosi di MCT era stata raggiunta con citologia agoaspirativa (FNAB), è stata eseguita TT con linfectomia del comparto centrale (CC), mentre in 6 pazienti (8,1%) (Tab. 1) affetti da MCT con N1 clinico è stata eseguita TT con linfectomia laterocervicale funzionale (SLC) e del comparto centrale. Nei 74 casi considerati, in 48 (64,8%) il diametro era inferiore ai 5 mm mentre in 26 era superiore. In 50 pazienti si trattava di MCT monofocali (67,5%), in 24 plurifocali e 16 di quest'ultimi avevano localizzazioni bilaterali. In 26 casi (35,2%) il riscontro anatomico-patologico di MCT si è avuto in seguito ad intervento di tiroidectomia totale per gozzo multinodulare (Tab. 2).

TABELLA 1 - CARATTERISTICHE CLINICHE E FATTORI DI RISCHIO NEI 20 CASI IN CUI LA DIAGNOSI DI MCT ERA STATA RAGGIUNTA PREOPERATORIAMENTE MEDIANTE FNAB.

Intervento chirurgico	Pazienti		Recidive	% recidive su totali
	n	% su totali		
TT+CC	14	18,9	4	5,4
TT+SLC e CC	6	8,1	0	—

TABELLA 2 - RISCONTRO DI MCT PER PATOLOGIA TIROIDEA DI AMMISSIONE.

Diagnosi di ammissione	MCT (n)	MCT(%)
Gozzo multinodulare	26	35,2
Carcinoma papillare	20	27
Gozzo multinodulare tossico	8	10,8
Morbo di Basedow	4	5,4
Adenoma a cellule di Hürthle	4	5,4
Lesione follicolare	4	5,4
Gozzo cervico-mediastinico	4	5,4
Gozzo uninodulare	2	2,7
Morbo di Plummer	2	2,7

## Risultati

Nel periodo considerato, il follow up dei pazienti con diagnosi di MCT ha permesso di individuare 4 casi di recidive. Essi presentavano interessamento linfonodale locoregionale, rispettivamente a 18, 19, 22 e 27

mesi dall'intervento (Tab. 3). Questi pazienti erano stati sottoposti a tiroidectomia totale e linfectomia del comparto centrale e la diagnosi di MCT era stata ottenuta mediante FNAB. In questi 4 casi si è quindi proceduto a svuotamento latero-cervicale funzionale.

## Discussione

Nonostante il MCT rappresenti una neoplasia con prognosi eccellente vi è la consapevolezza che esistano fattori di rischio, ancora non completamente individuati, tali da determinare una inaspettata aggressività (6). Il tasso di recidive oscilla tra il 4 ed il 5% (nel nostro caso 5,4%) (7). Così come rilevato in letteratura multifocalità, estensione della exeresi, caratteristiche istopatologiche sembrano essere fattori determinanti relativamente al rischio di recidive. Anche la valutazione della nostra esperienza sembra confermare tali fattori come predittivi di maggiore rischio.

Il nostro atteggiamento è quello di eseguire interventi di tiroidectomia totale anche per patologie benigne, riservando la loboistmectomia ai gozzi uninodulari tossici. In relazione alla elevata percentuale di reperti di multifocalità ed al significativo reperto di secondarietà nei linfonodali locoregionali (Tab.4), riteniamo

TABELLA 3 - CARATTERISTICHE CLINICHE E FATTORI DI RISCHIO NEI CASI DI RECIDIVE.

Fattori di rischio	Pazienti totali %	Recidive	% recidive su totali	% recidive per fattore di rischio
F	58 (78,3)	4	5,4	100
M	16 (21,7)	0	—	—
>40 anni	52 (70,2)	2	2,7	50
<40 anni	22 (29,8)	2	2,7	50
>5 mm	26 (35,1)	4	5,4	100
<5 mm	48 (64,9)	0	—	—
Papillare	60 (81)	2	2,7	50
Follicolare	14 (19)	2	2,7	50
Monofocale	50 (67,5)	0	—	—
Plurifocale	24 (32,5)	4	5,4	100
Bilaterale	16 (21,6)	0	—	—
N1 clinico	6 (8,1)	0	—	—
TT	72 (97,2)	4	5,4	100
LI	2 (2,8)	0	—	—

Legenda:  
MCT: microcarcinoma papillare tiroideo; LI: loboistmectomia  
TT: tiroidectomia totale; CC: comparto centrale;  
SLC: svuotamento laterocervicale

TABELLA 5 - RISULTATI.

<i>Autore</i>	<i>MCT (n)</i>	<i>Multifocalità</i>	<i>Bilateralità</i>	<i>Metastasi linfonodi</i>	<i>Metastasi a distanza</i>
Iida, 1991 (9)	91	12 (13%)	n.v.	16 (18%)	0 (0%)
Hay, 1992 (10)	535	107 (20%)	54 (10%)	172 (32%)	1 (0,2%)
Salvadori, 1993 (11)	72	17 (23%)	9 (12%)	51 (71%)	0 (0%)
Noguchi, 1996 (12)	867	91 (10%)	46 (5%)	160 (18%)	0 (0%)
Baudin, 1998 (8)	281	112 (40%)	46 (16%)	121 (43%)	8 (3%)
Maini, 1999 (13)	180	36 (20%)	16 (9%)	55 (30%)	8 (4%)
Avenia, 2006	74	24 (32%)	16 (21%)	6 (8%)	0 (0%)

opportuno, in caso di diagnosi di MCT, sottoporre i pazienti ad intervento di tiroidectomia totale e linfettomia del comparto centrale di principio, mentre riserviamo la linfettomia latero-cervicale solo ai casi N1 clinico.

Per quanto concerne il follow up dei pazienti con

MCT multifocale viene suggerita l'esecuzione di esame scintigrafico mentre, negli altri casi, il nostro atteggiamento è quello di eseguire esclusivamente controlli clinico-laboratoristici.

## Bibliografia

- Ashok R, Shaha. The treatment of well-differentiated thyroid cancer. *Head Neck Surg* 2003; 14: 80-85
- WHO. Istologic typing of thyroid tumors. In: Hedinger C, Williams ED, Sobin LH, eds. International histological classification of tumors. New York: Springer-verlag, 1998: 9-10.
- Farina GP, Baccoli A, Pisano M, Pani C, Di Ninni S, Marcelle A, Cagetti M. Il microcarcinoma papillare della tiroide. Implicazioni cliniche e strategia terapeutica. *G Chir* 2003; 24: 11-17
- Lupoli G, Vitale G, Caraglia M, Fittipaldi MR, Abbruzzese A, Tagiaferri P, Bianco AR. Familial papillary thyroid microcarcinoma: a new clinical entity. *The Lancet*, 353, 20, 1999.
- Mazzaferrri EL. An overview of management of papillary and follicular thyroid carcinoma. *Thyroid* 1999; 19: 421-427.
- Cotellesse R, Dell'Osa A, Francomano F, Cieri M, Innocenti P. Microcarcinoma tiroideo: nostra esperienza. *Tumori* 2005; 4: 155-158.
- Wada N, Duth QY, Sugino K, Iwasaki H, Kameyama K, Mimura T, Takami H, Takanashi Y. Lymph node metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinomas: frequency pattern of occurrence and recurrence, and optimal strategy for neck dissection. *Ann Surg*, 2003; 237:339-407.
- Baudin E, Travagli JP, Ropers J, Mancusi F, Bruno-Bossio G, Caillou B, Cailleux AF, Lumbroso JD, Parmantier C, Schlumberger M. Microcarcinoma of the thyroid gland: the Gustave Roussy Institute experience. *Am Cancer Soc* 1998; 83: 553-559.
- Iida F, Surgenoya A., Muramatsu A. Clinical and pathological properties of small differentiated carcinoma of the thyroid gland. *World J Sug* 1991; 15: 511-515
- Hay ID, Grant CS, Van Herden JA. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observed in a 50-year period. *Surgery* 1992; 112: 1139-1147
- Salvadori B, Del Bo R, Pilotti S et al. "Occult" papillary carcinoma of the thyroid: a questionable entity. *Eur J Cancer* 1993; 29: 1817-1820
- Noguchi S, Yamashita H, Murakami N et al. Small carcinomas of the thyroid. *Arch Surg* 1996; 131: 187-191
- Maini CL, Sciuto R. Linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici medico-nucleari nel follow-up. Microcarcinoma. X Corso Nazionale di Aggiornamento in Medicina Nucleare. Montecatini 1999; 332-340.