

*G Chir Vol. 28 - n. 10 - pp. 353-355
Ottobre 2007*

editoriale

Il nodulo unico della tiroide

F. P. CAMPANA*

con la collaborazione di M. BIFFONI e F. TARTAGLIA

Fra le patologie tiroidee di interesse chirurgico, alla tiroidectomia totale, almeno in Europa, viene ampiamente riconosciuto il merito di rappresentare la soluzione terapeutica ottimale nel gozzo plurinodulare, nel Basedow resistente alla terapia medica, nel gozzo tossico plurinodulare e nelle evoluzioni nodulari delle tiroiditi croniche. Più problematiche invece le scelte per il trattamento ottimale quando l'espressione clinica è rappresentata da un nodulo unico.

L'approccio diagnostico inizia con la necessità prioritaria di definire la natura benigna o maligna della lesione. Un sicuro indirizzo può venire dall'attenta valutazione del riscontro obiettivo: sono segni di forte sospetto neoplastico il rilievo di un nodulo di consistenza dura, insorto più o meno improvvisamente, in un soggetto giovane adulto, magari di sesso maschile, nell'ambito di una tiroide normale alla palpazione. Il sospetto diviene più fondato in presenza di una linfadenopatia latero-cervicale, anche se facilmente riconducibile ad una patologia non neoplastica di altri organi, o, addirittura, quando esista il dato anamnestico di una pregressa esposizione a radiazioni ionizzanti.

Tuttavia il carcinoma differenziato della tiroide è tumore comunque frequente, può colpire tutte le età della vita, dal bambino al vecchio, insorge come nodulo unico in tiroidi sane, ma anche su qualsiasi patologia tiroidea, comprese quelle che si ritenevano esenti, come il Basedow e, persino, in presenza di un nodulo caldo, dove, per effetto dell'auto-terapia esercitata dall'iperfunzione, ha un decorso più lento e subdolo. Per questi motivi, anche se nella letteratura anglofona si legge che molti endocrinologi ed endocrinochirurghi nordamericani non la ritengono necessaria, in Europa - ed in Italia in particolare - l'imaging con ultrasuoni viene regolarmente indicato come inizio di un percorso diagnostico che porta all'esecuzione di un prelievo citologico con ago sottile (FNBA). L'ecografia color-Doppler non solo evidenzia le caratteristiche strutturali del nodulo, in particolare la presenza o meno di vascolarizzazione intralesionale - ritenuta indicativa di una maggiore probabilità che si tratti di un carcinoma - ma in molti casi dimostra la non unicità del nodulo. La presenza di altre formazioni nodulari nel parenchima, sia pure di modeste dimensioni e perciò non evidenti clinicamente, cambia la diagnosi da tireopatia mononodulare in gozzo iperplastico multinodulare, modificando, e a nostro avviso semplificando, il percorso diagnostico-terapeutico. Infatti nel gozzo iperplastico multinodulare è indicata la tiroidectomia totale che affida alla sicurezza dell'esame istologico definitivo la diagnosi sul nodulo sospetto con un intervento chirurgico esaustivo di fronte a qualsiasi responso.

L'incidenza del riscontro di uno struma plurinodulare in presenza di un nodulo clinicamente unico non è trascurabile. In uno studio retrospettivo che abbiamo pubblicato nel 2002 (*Eur J Surg*, 2002) su 83 pazienti con nodulo clinicamente solitario della tiroide, 51 risultavano portatori all'ecografia di gozzo plurinodulare che, alla ricognizione intraoperatoria, diventavano 59. Perciò questi pazienti furono sottoposti a tiroidectomia totale e solo 24 a lobo-istmectomia. All'esame istologico solo 6 di questi ultimi casi risultarono portatori di adenoma follicolare e di questi uno (17%), al controllo a distanza a tre anni, aveva sviluppato una recidiva nodulare nel lobo residuo; 18 pazienti risultarono portatori di un nodulo di iperplasia e 4 (22%) presentarono una recidiva nodulare al follow up a tre anni.

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
*Professore Emerito di Chirurgia Generale

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Questi dati la dicono lunga sulla convinzione, per molto tempo radicata, che il nodulo clinicamente unico della tiroide debba essere considerato sinonimo di adenoma (6/83!), cioè espressione di una patologia neoplastica benigna nel contesto di un parenchima ghiandolare normale. Elaborati studi di biologia molecolare e l'esperienza di molti chirurghi hanno sfatato questo mito dimostrando come in realtà nella maggior parte dei casi si tratti della prima manifestazione clinicamente evidente di una tireopatia iperplastica plurinodulare.

Comunque, acquisita la diagnosi preoperatoria ecografica di nodulo unico, doverosamente si ricorre al prelievo con ago sottile per la valutazione citologica (FNBA), la cui attendibilità è pressoché assoluta quando deponga per un carcinoma papillifero, ma di molto inferiore quando sia negativa, perché questo dato non è univocamente significativo della benignità della lesione, potendo derivare da inappropriatazza (per sede o per qualità) del prelievo. Un ulteriore limite della citologia è quello di non poter distinguere fra forme follicolari (adenoma, carcinoma) e elementi iperplastici di un gozzo semplice che concorrono a costituire la diagnosi citologica di 'proliferazione follicolare'. Il nodo critico nell'inquadramento iniziale è quindi in molti casi quello di definire l'atteggiamento più corretto da assumere nel trattare il nodulo 'singolo', ovvero quali siano le condizioni che consentano di escludere ragionevolmente per il paziente l'indicazione chirurgica, piuttosto che non quello di identificare quali siano i criteri che spingono all'intervento. In sostanza ciò si potrebbe concretizzare in un nodulo di piccole dimensioni, non duro, con scarsa tendenza ad accrescersi, che non dia sintomatologia funzionale, con calcitonina normale. Ecco perché il nodulo unico conduce frequentemente all'intervento pur in assenza di una precisa definizione diagnostica.

Al tavolo operatorio le problematiche sono sostanzialmente due e fra loro, in qualche modo, interdipendenti: il ricorso all'esame istologico estemporaneo e la scelta dell'intervento chirurgico da praticare. Nel caso in cui si arrivi all'intervento chirurgico con l'indicazione citologica di carcinoma papillifero, molti ritengono si possa soprassedere alla conferma intraoperatoria della diagnosi e praticare direttamente la tiroidectomia totale. La scelta in linea di principio può ritenersi corretta. Altri, e noi tra questi, ritengono che comunque l'esame istologico estemporaneo, possibilmente su sezioni al criostato, possa aggiungere elementi di definizione istologica, quali la possibilità di riconoscere forme più aggressive come il carcinoma insulare o quello a cellule alte o ripetizioni linfonodali nelle catene ricorrentiali, che può portare all'esecuzione di una linfotomia centrale di prima mano, notoriamente più difficile e pericolosa in un reintervento.

Quando invece manchi l'indicazione citologica preoperatoria, l'esame istologico estemporaneo, pur con i limiti propri della metodica - che consistono essenzialmente nella possibilità di non riconoscere un carcinoma follicolare i cui elementi di diagnosi istologica (invasione capsulare, invasione vascolare) possono sfuggire alle sezioni condotte per l'estemporanea - diventa essenziale per il riconoscimento, ove possibile, della neoplasia e ridurre così al minimo la necessità di procedere ad una totalizzazione successiva per la diagnosi definitiva di un carcinoma con caratteristiche che la rendano necessaria (papillifero, follicolare > 2 cm, midollare).

La possibilità di dover reintervenire è condizionata, ovviamente, dalla scelta dell'intervento da praticare di prima mano. Con diagnosi di carcinoma, preoperatoria o raggiunta all'estemporanea, la scelta della tiroidectomia totale è ormai pressoché fuori discussione: la frequente multifocalità del carcinoma papillifero e la elevata incidenza di sue localizzazioni linfonodali secondarie, che rendono necessaria la scintigrafia postoperatoria, la impongono. Alcuni ritengono che nei pazienti a basso rischio, secondo l'AMES o classificazioni similari, e con carcinoma papillifero ben differenziato non superiore al centimetro, possa essere praticata di principio la lobo-istmectomia. Tale scelta, che comporta la rinuncia deliberata all'impiego diagnostico-terapeutico dei radioisotopi e alla validità della determinazione della tireoglobulina come marker, viene giustificata dalla limitata aggressività biologica della neoplasia che può consentire anche un improbabile ripensamento di necessità nel tempo, pagando necessariamente il prezzo di un reintervento di totalizzazione. Può fare eccezione anche il carcinoma follicolare di piccole dimensioni (1-2 cm) istologicamente minimamente invasivo, che può essere sufficientemente trattato con una lobo-istmectomia. In realtà sono questi i casi che vengono riconosciuti all'esame istologico definitivo dopo lobectomia e che possono essere esentati dall'intervento di totalizzazione che, al contrario, diventa mandatorio per tutte le altre neoplasie riconosciute con la stessa procedura.

La scelta dell'intervento è invece molto più controversa nelle forme benigne. La diagnosi di benignità infatti comporta una distinzione problematica fra un vero adenoma e una singola area di

iperplasia nodulare di gozzo, dove la stessa definizione di 'singola' contrasta con un processo patogenetico comune a tutta la ghiandola. La diagnosi istologica fra un vero adenoma, con una capsula propria, e un'area nodulare di iperplasia provvista di una pseudocapsula non è sempre agevole all'estemporanea. Una lobectomia praticata per un nodulo di iperplasia comporta la necessità di terapia soppressiva continua che, comunque, non riesce ad escludere una elevata incidenza di recidiva nel lobo residuo.

Nella nostra esperienza già ricordata, che si allinea nei risultati con le altre riportate in letteratura, su 83 noduli benigni clinicamente solitari soltanto 6 erano adenomi. Ed anche questi sei, trattati con la lobectomia, hanno accusato il 17% di recidiva sul lobo residuo al follow up a tre anni. In realtà sia la tiroidectomia totale di prima mano che la lobo-istmectomia possono accampare elementi razionalmente a favore per essere praticate. La tiroidectomia totale, che riconosciamo di preferire, elimina ogni problematica diagnostica iniziale tra benignità e malignità e fra adenoma e iperplasia, ed esclude ogni problematica diagnostica successiva legata alla recidiva (il nuovo nodulo è una recidiva di iperplasia o un carcinoma insorto?), con il vantaggio di una terapia sostitutiva più facile e tollerabile di quella soppressiva necessaria dopo lobo-istmectomia. Questa va certamente praticata quando il paziente, correttamente informato, la preferisca o quando una qualsiasi problematica tecnica insorta durante l'intervento faccia ragionevolmente preferire di evitare il benché minimo rischio di una dissezione controlaterale.

Questa scelta motivata, e quindi razionale, se elevata a sistema trova corrispondenza essenzialmente nell'antica saggezza popolare che raccomanda di non fare mai oggi quello che qualche altro può fare domani.
