

“Emitiroidectomia controlaterale nelle malignità tiroidee inattese”

Alessandro Abramo - R. Spinato

Dopo l'esecuzione di una emitiroidectomia per un una patologia presumibilmente benigna può accadere di ottenere un responso anatomopatologico definitivo di malignità. L'obbiettivo che ci proponiamo è verificare se è sempre giustificata la totalizzazione della tiroidectomia o, invece, se è possibile identificare dei casi nei quali sarebbe sufficiente il solo "watch and wait". Studio retrospettivo su 14 pazienti, 13 femmine ed un maschio, sottoposti ad emitiroidectomia per patologia tiroidea supposta benigna fra il 1994 ed il 2004 ed il cui risultato anatomopatologico definitivo fu refertato come carcinoma. Tutti i pazienti furono quindi sottoposti ad una seconda emitiroidectomia.

Sono stati confrontati i risultati anatomopatologici della prima e della seconda emitiroidectomia allo scopo di conoscere l'incidenza finale del carcinoma tiroideo. I risultati sono stati classificati in 4 gruppi:

- 1) Nessuna malignità alla seconda istologia
- 2) Microcarcinoma papillare
- 3) Carcinoma papillare
- 4) Altro

L'esame istologico definitivo dopo il primo intervento rilevò 8 carcinomi papillari, 3 carcinomi follicolari, 2 microcarcinomi papillari ed un carcinoma midollare della tiroide. Si procedette alla seconda emitiroidectomia, realizzando così una tiroidectomia totale in due tempi. I risultati istologici definitivi del secondo intervento verificarono l'assenza di malignità citologica in 9 casi, microcarcinoma papillare in 3 casi di cui uno multicentrico e carcinoma papillare nei 2 restanti. La percentuale di seconde emitiroidectomie positive per malignità nella nostra serie si attestò perciò sul 36%, percentuale che riteniamo più che sufficiente ad indicare il secondo intervento. Per quanto attiene alla difficoltà tecniche incontrate a causa della fibrosi postchirurgica, ci sentiamo di affermare che il rischio chirurgico è sostanzialmente inapprezzabile. Inoltre va considerato il fatto che il tessuto tiroideo residuo interferirebbe con gli studi diagnostici radioisotopici. Anche nel nostro servizio stiamo valutando, negli ultimi anni, possibilità alternative. Attualmente, in casi selezionati, ci asteniamo dal completamento dell'intervento avviando il paziente ad uno stretto follow-up ecografico. Dopo il reperto casuale di un micropapillare e sempre che non esistano fattori ulteriori di rischi come la multicentricità o la presenza di adenopatie, non completiamo più la tiroidectomia. Nel caso di carcinoma papillare franco preferiamo comunque completare la tiroidectomia, e ciò a causa della tendenza alla multifocalità. Stiamo inoltre verificando con gli anatomopatologi il valore prognostico di altri parametri quali l'indice proliferativo, il numero di mitosi ed il grado di atipia. In caso invece di carcinoma follicolare che presenti solamente minima invasione vascolare e nessuna alterazione nell'altra emitiroide alla diagnosi preoperatoria, possiamo considerare una valida opzione il "watch and wait."