

Fattori di rischio

Come per la maggior parte delle neoplasie solide, anche per i tumori della tiroide l'eziologia sembra essere multifattoriale, risultato di una complessa interazione di fattori genetici ed ambientali nei soggetti a rischio. I principali fattori di rischio sono:

- precedente esposizione a radiazioni ionizzanti (incidenti nucleari; irradiazione esterna della regione del collo, soprattutto in età infantile);
- familiarità per carcinoma tiroideo: oltre ad alcune forme familiari di carcinoma midollare è stata evidenziata anche una familiarità per il carcinoma papillare.
- preesistente patologia tiroidea benigna: non ci sono dati certi circa l'associazione con le tiropatie autoimmuni; la presenza di multinodularità non diminuisce la probabilità di carcinoma tiroideo come sembrava precedentemente;
- apporto alimentare di iodio: il buon apporto iodico tende a ridurre le forme follicolari e le forme scarsamente differenziate incrementando relativamente le forme papillare;
- massa corporea: alcune casistiche indicano un'augmentata incidenza di carcinoma tiroideo in pazienti con obesità;
- altri fattori alimentari ed ambientali: il fatto che il carcinoma tiroideo sia in aumento e che in alcuni gruppi e/o aree geografiche si abbiano incidenze più elevate indica che alcuni importanti fattori di rischio sono sostanzialmente ancora da identificare.

Oncogeni

Nell'ambito della cancerogenesi tiroidea, come in altre neoplasie, sono stati evidenziati vari oncogeni e geni oncosoppressori, il cui studio potrà portare importanti risvolti anche in ambito clinico.

Classificazione delle neoplasie tiroidee

Poiché nella tiroide ci sono solamente due tipi di cellule epiteliali, le cellule follicolari e le cellule parafollicolari (o cellule C), la prima suddivisione può essere fatta tra neoplasie di origine follicolare e quelle di origine parafollicolare. Per quanto riguarda la linea a differenziazione verso le cellule C, secernenti la calcitonina, si conosce solamente una neoplasia maligna che è il *carcinoma midollare*. Per quanto riguarda la linea a differenziazione verso le cellule follicolari, le forme benigne sono chiamate *adenoma follicolare* (e varianti), le forme maligne ben differenziate sono state divise in due categorie maggiori, il *carcinoma follicolare* ed il *carcinoma papillare*. Le forme maligne scarsamente differenziate vengono chiamate *carcinoma indifferenziato o anaplastico*.

Aspetti diagnostici

Anamnesi ed esame obiettivo

Nell'approccio al paziente con nodulo tiroideo è importante raccogliere i dati anamnestici ed obiettivi necessari alla valutazione del rischio di malignità, come riportato nella tabella 2. Il nodulo è generalmente asintomatico, senza segni clinici né di iper né di ipofunzione tiroidea. La disfagia, la disfonia e la dolorabilità sono indici di una malattia ormai in stadio avanzato. All'esame clinico il nodulo maligno, generalmente non distinguibile da una lesione benigna, si presenta di consistenza aumentata, è mobile rispetto ai piani superficiali durante la deglutizione. Il riscontro di aderenza ai tessuti circostanti è invece indice di malignità.

Fattori di rischio per carcinoma tiroideo	Grado di rischio
Irradiazione su testa e/o collo	+++
Familiarità per Carcinoma Midollare	+++
Crescita durante terapia medica	++
Fissità, consistenza dura del nodulo	++
Sintomi di compressione	++
Presenza di linfonodi sospetti	++
Età <20 o >60 anni	+
Maschi > Femmine	+
Familiarità per Carcinoma Papillifero	+
Rapido accrescimento del nodulo	+

Tab. 2. Indagini ematochimiche di funzionalità tiroidea

Va effettuata la misurazione dell'ormone ipofisario tireotropo (TSH), che nel 95% dei casi sarà nei limiti della norma ed eventualmente degli ormoni tiroidei liberi (FT3, FT4); vanno inoltre dosati gli anticorpi antitireoglobulina e antitireoperossidasi (AbTg e AbTPO) e la Calcitonina (Ct). Il dosaggio della Tireoglobulina non è raccomandato nella valutazione iniziale del nodulo tiroideo.

L'ecografia tiroidea

L'ecografia tiroidea rappresenta un esame assolutamente indispensabile nello studio della tiroide e della patologia nodulare. Le sonde utilizzate, con frequenza compresa fra 7,5 e 13 Mhz, sono normali sonde per tessuti superficiali. L'ecografia bidimensionale standard consente una serie di informazioni riportate nella tabella 3 e dalle quali non si può prescindere per un corretto studio della patologia nodulare.

Conferma dei noduli
Numero e dimensioni dei noduli
Caratteri ecostrutturali e vascolarizzazione dei noduli
Aspetto del rimanente parenchima tiroideo
Studio dei linfonodi del collo

Tab. 3.