

# Patogenesi dei noduli tiroidei

A cura di Samorindo Peci

Nei paesi occidentali i noduli tiroidei sono molto frequenti e mostrano un aumento del 40% negli ultimi 10 anni ed una previsione epidemiologica pari ad un terzo della popolazione per i prossimi 20 anni.

Nei paesi in cui la carenza alimentare di iodio è stata corretta, noduli tiroidei clinicamente manifesti sono presenti nel 4-7% della popolazione generale. La loro frequenza è nettamente superiore nei paesi con carenza iodica.

La frequenza di lesioni nodulari tiroidee non clinicamente manifeste e rilevabili soltanto ecograficamente è superiore al 50% nelle donne e negli uomini è prevalente nell'età oltre i 60 anni anche se negli ultimi tempi si è registrata un'impennata nella popolazione adulta con età inferiore ai 18 anni.

Il carcinoma tiroideo si manifesta generalmente come patologia nodulare tiroidea, quindi la diagnostica del nodulo tiroideo è fondamentale anche se ha caratteristiche di immagine ben definite per selezionare la patologia tiroidea benigna da quella maligna.

Tuttavia va segnalato che la maggior parte dei noduli tiroidei sono benigni; infatti, è noto che la percentuale di carcinoma nei noduli palpabili è del 4% su noduli di indubbia origine.

In un paese come l'Italia, dove persiste una lieve o moderata carenza iodica, il trattamento chirurgico di tutti i noduli tiroidei, senza alcuna selezione, porterebbe ad operare centinaia di migliaia o più di pazienti.

Una comunicazione poco attenta imputa solamente alla carenza di iodio l'alterazione strutturale della ghiandola tiroidea, ma oggi possiamo affermare con certezza clinica e riscontro strumentale che esiste uno stretto legame tra le condizioni conflittuali (comunemente denominate stressogene) vissute dalla persona e la patologia tiroidea.

Si può ben immaginare quali sarebbero le conseguenze socio-sanitarie della condivisione di un simile assunto che porterebbe in primis alla necessità di affrontare il problema da più fronti.

Pertanto, tenendo conto che la mortalità legata al cancro della tiroide è molto bassa e che soltanto una piccola frazione dei noduli tiroidei è maligna, è assolutamente necessario limitare gli interventi chirurgici attraverso una rigorosa selezione pre-chirurgica ed inserire nei protocolli terapeutici approcci di tipo neuropsicologico integrato.

Un'importanza fondamentale nella patologia nodulare tiroidea riveste quindi la distinzione tra noduli maligni e benigni. Attualmente l'esame citologico mediante agoaspirazione con ago sottile è in grado di risolvere in gran parte questo problema.

Ove eseguito correttamente e interpretato da un citologo esperto, questo esame permette la diagnosi della natura dei noduli tiroidei con un elevato grado di sensibilità e specificità, tanto che l'introduzione dell'esame citologico nella pratica clinica ha permesso di ridurre drasticamente il numero degli interventi chirurgici.

## **Natura dei noduli**

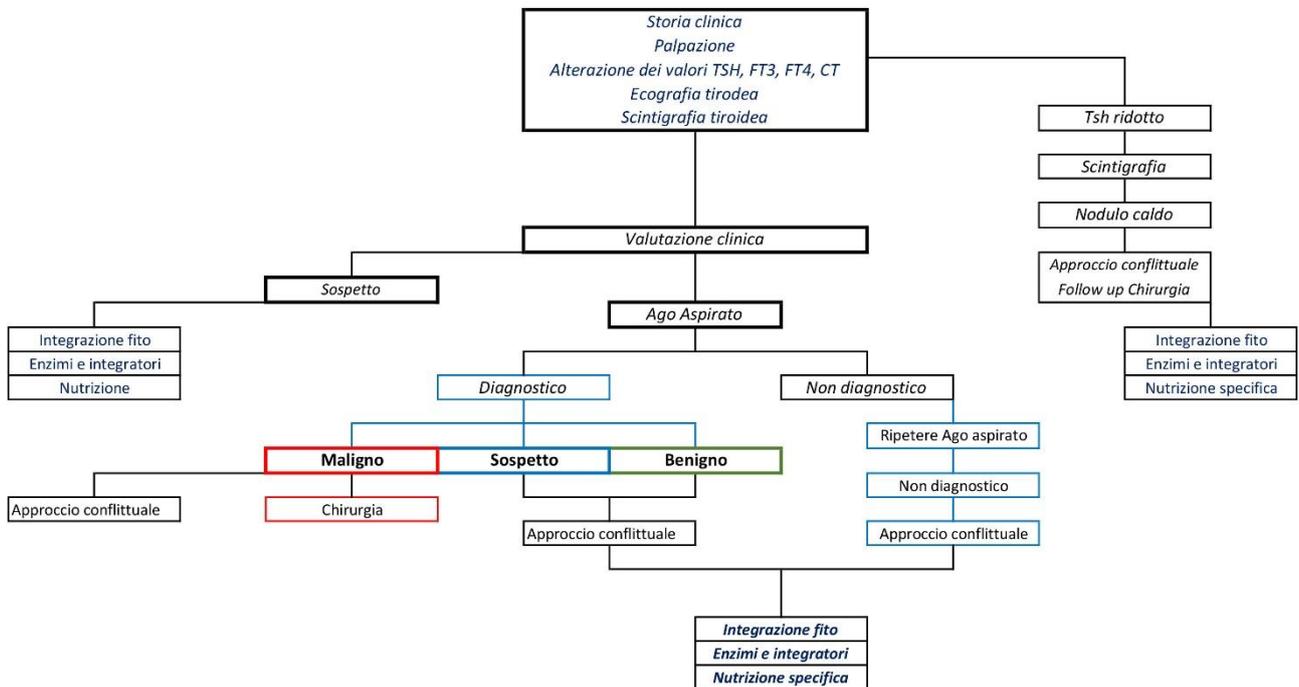
I noduli tiroidei sono l'espressione clinica di numerose patologie tiroidee compresa l'espressione conflittuale. Possono essere unici o multipli, in una ghiandola per altri versi normale o ingrandita.

I noduli tiroidei non tumorali sono espressione di patologie diverse:

- le aree di iperplasia tiroidea spontanea o secondaria a tiroidectomia parziale, spesso associate a vario grado di alterazioni involutive;
- le rare emi-agenesie tiroidee, che possono manifestarsi come una iperplasia del lobo, simulante un nodulo tiroideo;
- i noduli formati da infiltrati linfocitari della tiroidite cronica autoimmune nella sua variante nodulare;
- i noduli osservabili nelle fasi iniziali della tiroidite subacuta, che in realtà sono granulomi legati al processo infiammatorio.

Ed infine i noduli che sono espressione di un'iperattività funzionale determinata da un'azione conflittuale stressogena.

### Algoritmo diagnostico di approccio terapeutico per il nodulo tiroideo



Se il valore del TSH risulta ridotto o non dosabile, l'ecografia e la scintigrafia della tiroide sono eseguiti in prima istanza.

Se il nodulo è caldo alla scintigrafia, viene generalmente esclusa la presenza di patologia tumorale ed il successivo iter dipende dalla presenza di segni clinici o biochimici di tireotossicosi e dalle dimensioni del nodulo.

Se il nodulo è freddo e cistico, l'agoaspirazione ha utilità terapeutica (evacuazione del liquido) e diagnostica, mediante la citologia sul sedimento del liquido centrifugato.

Va comunque sottolineato che le condizioni sopra espresse sono integrate nelle varie forme presenti in attività di tipo conflittuale.

Va però ricordato che se l'ecografia ha dimostrato la natura cistica del nodulo, l'esecuzione della scintigrafia è inutile, ma questo non esclude una valutazione conflittuale.

Se il nodulo è freddo e solido, o solo parzialmente cistico, le decisioni terapeutiche dipenderanno dal risultato della citologia.

Il dosaggio degli anticorpi anti-tiroide circolanti, della calcitonina e della calcemia è consigliabile soltanto in occasione della prima valutazione del paziente.

Deve essere a questo proposito ricordata l'importanza della calcitonina come marcatore tumorale specifico del carcinoma midollare. In definitiva, la valutazione diagnostica di un nodulo tiroideo si basa principalmente sul risultato della citologia.

Comunque la manifestazione tiroidea è prognostica in ogni caso di conflittualità stressogena ed è assolutamente necessario un approccio multidisciplinare, che integri una valutazione nutrizionale funzionale, un approccio fitoterapico per noduli non tumorali ed il ricorso all'utilizzo di ormoni soltanto in casi di resistenza ed anche in quel caso devono essere valutati attentamente il tipo di dosaggio e di ormoni singoli o combinati da utilizzare.