

che un intervento ha nella popolazione non permette di identificare le differenze di efficacia che si possono avere per particolari sottogruppi di popolazione. Esse possono essere attribuibili a condizioni socioeconomiche e etniche specifiche e rilevabili usando approcci statistici appropriati. D'altra parte spesso gli studi primari, ma anche le revisioni sistematiche, non fanno questo tipo di analisi che è invece fondamentale per ridurre le disuguaglianze di salute. Per esempio, rispetto al legame tra ipertensione ed appartenenza etnica, la *Eighth Joint National Committee (JNC 8) Guideline* sulla gestione del soggetto iperteso raccomanda, per la popolazione nera, un tipo di terapia diverso da quello raccomandato per altri gruppi etnici. È stato possibile fornire questa raccomandazione differenziata perché è stata cercata e reperita evidenza a riguardo: nel trial ALLATH i ricercatori hanno infatti svolto un'analisi per sottogruppi che ha dimostrato che l'ictus aumentava per il sottogruppo etnico di colore, se veniva trattato con stessa terapia del sottogruppo dei bianchi. Se non fosse stata fatta questa analisi, sarebbe aumentata la disuguaglianza di salute tra questi due gruppi, sfavorendo quello di colore nella cura dell'ipertensione.

CONCLUSIONE

Considerare l'equità come un *outcome*, e ricercare e valutare la forza delle evidenze reperite su di esso non è un processo lineare e semplice. I trial spesso non riportano informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche ed etniche, e sono rare le analisi che si focalizzano sull'efficacia in diversi sottogruppi di popolazione. Talvolta poi le analisi per sottogruppi che non sono significative statisticamente non vengono riportate. D'altra parte, secondo gli autori, è necessario continuare su questa strada e includere l'equità nelle raccomandazioni basate sul GRADE secondo i metodi indicati, anche per segnalare alla comunità di ricercatori la necessità di maggiori evidenze su questo tipo di *outcome*.

Alessandra Lo Scalzo

Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas

Screening del cancro della tiroide: i rischi oltrepassano i benefici?

US Preventive Services Task Force
Screening for thyroid cancer. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement
JAMA 2017; 317: 1882-1887

Sosa JA, Duh K-Y, Doherty G
Striving for clarity about the best approach to thyroid cancer screening and treatment: is the pendulum swinging too far?
JAMA Surg 2017 May 9. doi: 10.1001/jamasurg.2017.1338

Welch HG
Cancer screening, overdiagnosis, and regulatory capture
JAMA Intern Med 2017; 177: 915-916

Davies L, Morris LGT
The USPSTF recommendation on thyroid cancer screening. Don't "check your neck"
JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2017. Published online May 09, 2017. doi:10.1001/jamaoto.2017.0502

Il cancro della tiroide rappresenta circa l'1-2% di tutti i tumori, con una incidenza di 4,1 casi/100.000 per gli uomini e 12,5/100.000 per le donne. Secondo stime del Registro Tumori italiano, nel 2015 erano oltre 15.000 i nuovi casi attesi, di cui tre quarti nel sesso femminile. Tra le donne, questo tumore è globalmente al quarto posto in ordine di frequenza (5% di tutti i casi) e addirittura al secondo posto sotto i 50 anni di età (14%). Nel nostro Paese l'incidenza del tumore della tiroide ha subito un netto incremento fino al 2005 (+11,4% l'anno tra gli uomini e +17,5% tra le donne) che si è tuttavia arrestato negli anni più recenti, al netto dell'effetto causato dal progressivo invecchiamento della popolazione. La sopravvivenza resta molto elevata (oltre il 90% a 5 anni dalla diagnosi nelle forme differenziate) e i rilievi autoptici certificano in effetti che il cancro della tiroide risulta più comune di quanto si pensi, anche se spesso non dà segni di sé perché cresce molto lentamente ed è poco invasivo. Poiché nelle aree dove il gozzo è endemico, per mancanza di iodio, vi è una maggiore incidenza di neoplasie tiroidee, l'unica forma di

prevenzione attuabile è quella di utilizzare sale iodato al posto di quello normale per evitare la formazione di gozzi.

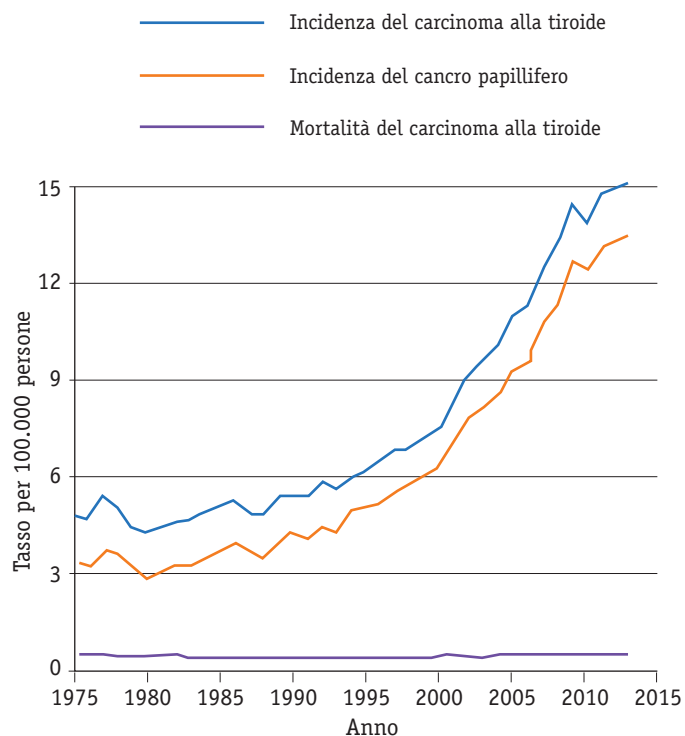
Trattandosi in definitiva di tumori rari, poco invasivi e che spesso non danno problemi per lunghi anni, lo screening sistematico, basato sulla palpazione della ghiandola ed eventualmente sull'ecografia, risulta generalmente poco raccomandato. In particolare, è stato recentemente pubblicato sul *JAMA* un *position paper* della Preventive Services Task Force Nord-americana (USPSTF) che, confermando la posizione già espressa in un documento analogo del 1996, scoraggia l'uso dello screening "con un moderato grado di certezza" affermando che questo non comporta alcun vantaggio sostanziale e che i rischi oltrepassano nettamente i benefici.

Diverse argomentazioni supportano tale raccomandazione. La prima discende dalla constatazione che negli ultimi tre decenni c'è stato un sensibile aumento dell'incidenza del cancro della tiroide senza tuttavia un aumento corrispondente della mortalità, per cui la prognosi del cancro, in particolare quella del tipo differenziato, risulta complessivamente eccellente (Figura): infatti, il cancro papillifero, che è il sottotipo istologico più frequente, ha una sopravvivenza a 10 anni del 92-95%.

Nel documento, la USPSTF sottolinea inoltre la scarsità di dati a supporto dell'accuratezza della palpazione della tiroide ma anche dei benefici che potrebbero derivare da un'individuazione e trattamento precoci. E, soprattutto, mette in guardia contro i danni potenziali legati a un "eccesso di diagnosi" e le complicanze derivanti dalla chirurgia, fra cui le alterazioni della voce (per il danneggiamento delle corde vocali), l'ipocalcemia (per il danneggiamento delle paratiroidi), il rischio di emorragie e gli effetti tossici dello iodio radioattivo.

Una dimostrazione della validità di tali assunti deriverebbe del resto dalla recente esperienza della Corea del Sud. Nel Paese asiatico, infatti, dove nel 1999 è stato adottato uno screening di massa del cancro della tiroide, quest'ultimo è diventato il cancro più diagnosticato nel Paese (con un'incidenza che nel 2011 è risultata 15 volte superiore rispetto a pochi anni prima!), senza che tuttavia il numero di morti dovute alla neoplasia calasse significativamente. Esempio evidente di quella che viene tecnicamente definita una 'sovradiagnosi'.

Incidenza e mortalità del carcinoma alla tiroide negli Stati Uniti



Il dibattito sull'argomento resta comunque aperto, tanto è vero che alcuni esperti sottolineano come, negli USA, all'aumento di frequenza del cancro osservato negli ultimi tre decenni abbia corrisposto un effettivo aumento della mortalità dovuta alle forme più avanzate di cancro papillifero, suggerendo che la responsabilità dell'incremento di incidenza non sia attribuibile solamente ad una sovradiagnosi, ma anche ad altri fattori fra cui, per esempio, obesità ed esposizione ambientale a radiazioni o, più probabilmente, a sostanze chimiche. Va da sé, quindi, che le raccomandazioni dell'USPSTF non debbano essere applicate ai pazienti ad alto rischio, per esempio a quelli esposti in giovane età a radiazioni ionizzanti, ai portatori di sindromi genetiche o alle persone con familiarità per il cancro.

Infine, a parere di altri studiosi, il ricorso alla palpazione di routine del collo non andrebbe in alcun modo scoraggiato, sia per la facilità di esecuzione sia per la possibilità di ottenere in modo semplice e rapido informazioni cliniche preziose circa la presenza di noduli tiroidei, gozzo, linfadenopatie ed altri eventuali indizi di patologie extratiroidee. ■ GB