

Prevalenza e valore prognostico dell'iperparatiroidismo primitivo in una coorte di pazienti con carcinoma differenziato della tiroide

Patelli I¹, Comina M¹, Promi S¹, Gay S^{1,2}, Spina B³, Vera L², Giusti M¹, Minuto M⁴, Albertelli M^{1,2}, Ferone D^{1,2}.

¹U.O. Endocrinologia, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche (DIMI), Università di Genova, Genova.

² U.O. Endocrinologia, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova.

³ U.O. Anatomia Patologica, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova.

⁴ Dipartimento di Scienze Chirurgiche (DISC), Università di Genova, Genova.

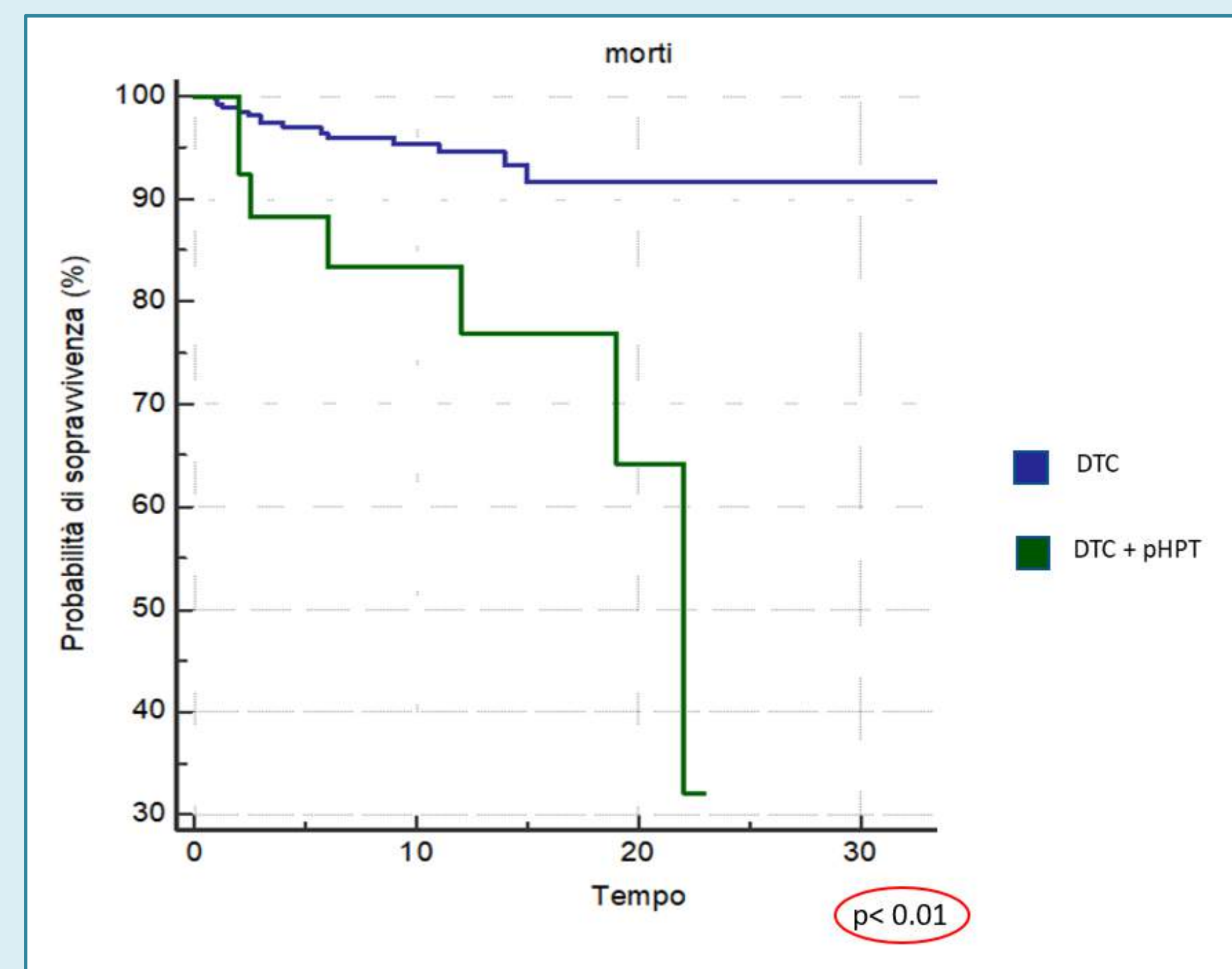
Contesto: Il carcinoma differenziato tiroideo (DTC) è la più comune neoplasia endocrina. L'iperparatiroidismo primitivo (pHPT), invece, è una comune causa di ipercalcemia; nell'80-85% dei casi è secondario ad un adenoma paratiroideo. Una possibile associazione tra pHPT e patologia nodulare tiroidea è già stata suggerita in diversi studi in letteratura, da cui si evince una prevalenza di pHPT in soggetti con tireopatie pari a circa il 2-6%.

Scopo: Ricercare la prevalenza di pHPT in una coorte di pazienti con DTC e valutarne la correlazione con aspetto prognostico e mortalità.

Caratteristiche, numero (%)	DTC + pHPT (n=30)	DTC (n=420)	p-valore
Età media diagnosi DTC	60.7 [43;83]	50.6 [16;86]	< 0,01
Pregressa altra neoplasia	5 (16.7)	20 (4.8)	0,02
Pregressi eventi cardiovascolari	13 (43.3)	28 (6.7)	0,01
Pregresso GMN	16 (53.3)	111 (26.4)	0,01

Metodi: Abbiamo selezionato 450 pazienti afferiti presso la nostra Unità Operativa dal 2000 ad oggi con diagnosi di DTC e con un follow-up di almeno 10 anni. Abbiamo raccolto dati anamnestici, istologici, biochimici alla diagnosi, a 5 e 10 anni, nonché dati inerenti il decorso della patologia oncotiroidea e mortalità patologia-specifica e generale.

Risultati: Dei 450 pazienti, 30 presentavano anche una diagnosi di pHPT (6.7%). I pazienti con DTC+pHPT presentavano maggiore età media alla diagnosi di DTC e più frequentemente anamnesi patologica remota positiva per altra neoplasia, eventi cardiovascolari e GMN. Inoltre, mostravano minore sopravvivenza globale e maggiore mortalità non secondaria al DTC in sé. In particolare, la sopravvivenza era correlata a: PTH preoperatorio ($p < 0.01$), sesso ed età ($p < 0.01$), pregressa neoplasia maligna ($p = 0.04$) ed eventi cardiovascolari ($p < 0.01$), DTC recidivato ($p < 0.01$). La correlazione tra mortalità e pHPT rimaneva significativa anche laddove corretta per le suddette variabili ($p = 0.01$).



Caratteristiche, numero (%)	DTC + pHPT (n=30)	DTC (n=420)	p-valore
Recidiva/progressione DTC	2 (6.7)	30 (7.1)	0.83
Mortalità complessiva	7 (23.3)	14 (3.3)	< 0.01
• Legata a DTC	2 (6.7)	13 (3.1)	0.6
• Non legata a DTC	5 (16.6)	1 (0.2)	< 0.01

Conclusioni: La prevalenza di pHPT concomitante alla diagnosi di DTC emersa dai nostri dati è in linea con quanto riportato dagli studi già pubblicati. I pazienti affetti da DTC e pHPT parrebbero mostrare minor sopravvivenza post-tiroidectomia, indipendentemente dal quadro oncologico tiroideo, suggerendo un possibile ruolo della concomitante patologia paratiroidea. La gestione dei DTC dovrebbe includere valutazione di PTH e metabolismo fosfo-calcico, pre- e post-intervento.