

La diagnosi è rimandata all'esame istologico definitivo che consente la diagnosi corretta. La categoria Thy3 è la più complessa delle categorie di diagnosi citologica ed è particolarmente importante che il paziente sia ben informato sulle evidenze cliniche ad oggi disponibili.

Nella categoria 3 ricade mediamente l'8-10% circa degli agoaspirati.

#### **Categoria 4: esame "sospetto"**

A volte, il materiale cellulare ottenuto dal nodulo tiroideo con l'agoaspirato appare di natura neoplastica, ma non si riescono a identificare elementi che consentano di concludere con certezza che il nodulo è maligno: questo viene pertanto classificato come "sospetto". Circa il 95% dei noduli Thy4 risulta, in realtà, maligno all'esame istologico, per cui la scelta in questi casi è invariabilmente chirurgica.

Nella categoria 4 ricade mediamente l'1-2% circa degli agoaspirati.

#### **Categoria 5: esame "positivo"**

Il nodulo risulta maligno, con una possibilità di errore ("falso positivo") inferiore all'1%. Nella maggioranza dei casi si tratta di un carcinoma papillare della tiroide, che è il tipo istologico più frequente e anche meglio curabile. Viene consigliato l'intervento chirurgico, che consta nella massima parte dei casi nella tiroidectomia totale.

Nella categoria 5 ricade mediamente il 2-3% circa degli agoaspirati.

A cura di: Daniela Agrimi, Piernicola Garofalo, Michele Zini  
con la paziente collaborazione di Luana Borghi e Penelope Romano.



"SPESE DI STAMPA SOSTENUTE DAL  
CENTRO DI SERVIZIO AL VOLONTARIATO  
POIESIS BRINDISI".



Gruppo Aiuto Tiroide

Sede legale: via Cicolella, 8b • Lecce  
Sede op.va: via Pietro Verri, 1 • Mesagne (Br)  
Cell. 389 050 75 66  
[www.gruppoaiutotiroide.org](http://www.gruppoaiutotiroide.org)  
mail: [gruppoaiutotiroide@libero.it](mailto:gruppoaiutotiroide@libero.it)

P A Z I E N T E



INFORMA



# Agoaspirato ed esame citologico del nodulo tiroideo

**N**ella cassetta degli attrezzi che il vostro endocrinologo ha a disposizione per condurvi alla diagnosi di un “nodulo” della tiroide sono inclusi l’Agoaspirato e l’Esame citologico.

*Quest’opuscolo è per voi che vi state interrogando sulla “identità” del nodulo, vorreste capire meglio “cosa è”, “a cosa serve” l’agoaspirato della tiroide e come si interpreta un esame citologico.*

*Alcune avvertenze, però! Quanto potrete leggere fornisce informazioni di carattere generale, che in nessun modo possono essere trasferite ai casi singoli. Le notizie qui contenute non sono sostitutive del giudizio clinico del medico che vi ha in cura, le cui decisioni risentono, oltre che dei criteri qui esposti, di numerosi altri elementi. Inoltre, le condizioni locali dei vari Centri possono comportare delle modifiche nel modo di eseguire ed interpretare questo esame allo scopo di migliorarne la efficacia, senza per questo venire meno a degli standard qualitativi ottimali. Per queste ragioni quanto è qui scritto, pur facendo riferimento alle migliori linee-guida internazionali e trovando riscontro nella pratica clinica corrente, non ha valore vincolante e non può essere utilizzato per valutare o giudicare l’operato di alcuno.*

L’esame comprende due momenti distinti:

1) *L’agoaspirato eco-guidato* è la manovra di puntura del nodulo che, utilizzando aghi sottili ed il supporto ecografico, rende agevole il prelievo di un campione cellulare.

2) *L’esame citologico* consiste nella lettura al microscopio del materiale cellulare ottenuto con l’agoaspirato.

Lo scopo è il riconoscimento, tra i numerosissimi noduli tiroidei presenti nella nostra popolazione, dei noduli maligni. L’agoaspirato è, infatti, l’esame più idoneo ed affidabile nel distinguere i noduli maligni da quelli benigni.

Il suo valore diagnostico si riduce per gozzi con

numerosi noduli che non è possibile campionare in toto.

Non tutti i noduli devono necessariamente essere sottoposti ad agoaspirazione. Un criterio comunemente seguito è di agoaspirare i noduli di diametro superiore a 1 cm, riservando l’agoaspirato ai noduli di dimensioni inferiori a 1 cm quando con ecografia tiroidea siano presenti caratteristiche classificabili come “dubbie” o “sospette”.

## La diagnosi citologica

Ogni agoaspirato dà origine ad una diagnosi citologica, cioè ad una conclusione basata sulle caratteristiche del materiale ottenuto dal nodulo. Alla diagnosi citologica corrispondono “categorie diagnostiche” con cui orientare l’interpretazione dell’esame e le successive decisioni. La classificazione più diffusa (adottata dall’AME nel 2009) è quella che suddivide la diagnosi citologica in 5 classi (denominate Thy, TIR o C, numerate da 1 a 5).

### Categoria 1: esame “non diagnostico”

In questo caso, il materiale cellulare aspirato o è troppo scarso o non consente una diagnosi citologica. Nonostante il rischio di malignità di un nodulo Thy1 sia basso, la manovra dovrà essere ripetuta a distanza di 2-3 mesi.

E’ possibile che anche il secondo agoaspirato risulti, a sua volta, Thy1-non diagnostico. Ci si trova evidentemente di fronte ad un nodulo che non si riesce a diagnosticare citologicamente e, qualora caratteristiche e monitoraggio ecografico del nodulo lo richiedano, va considerata la possibilità della asportazione chirurgica per una verifica istologica. Una esclusiva sorveglianza clinico-ecografica è auspicabile per cisti contenenti colloide o solo istiociti, in assenza di cellule epiteliali.

Nella categoria 1 ricade mediamente l’8-12% circa degli agoaspirati.

### Categoria 2: esame “negativo”

In questo caso il nodulo risulta benigno. Il rischio di “falsi negativi” (cioè di noduli risultati benigni che in realtà sono maligni) è basso se il nodulo è singolo o se i noduli sono multipli ma non troppo numerosi. Se i noduli sono numerosi, voluminosi, o non ben separabili uno dall’altro, allora la possibilità di falsi negativi va tenuta presente. Per questa ragione, è possibile ripetere l’agoaspirato, a distanza di alcuni anni dal primo esame o in caso di significativa variazione della ecografia.

Se i noduli superano determinate dimensioni (alcuni considerano i 4 cm. di diametro come una soglia orientativa), allora va considerata anche la eventuale asportazione chirurgica.

Una cisti è classificata THY2 se sono presenti cellule epiteliali benigne.

Nella categoria 2 ricade mediamente il 75-80% circa degli agoaspirati.

### Categoria 3: esame “indeterminato”

A volte l’esame citologico non riesce a capire se il nodulo è benigno o maligno, e la diagnosi rimane pertanto indeterminata. Ciò dipende dal fatto che con l’agoaspirato è possibile analizzare solo materiale cellulare, e non la struttura del nodulo, che richiede un esame istologico.

Tra i noduli a citologia Thy3, quelli benigni sono circa 80-85%, e quelli maligni 15-20%.

Il rischio di malignità è, quindi, elevato e per questa ragione che nella maggior parte dei casi, per i noduli Thy3 è indicata l’asportazione chirurgica.

La decisione chirurgica è guidata dal grado di “sospetto” ecografico del nodulo o dalla scintigrafia tiroidea.

L’uso di marcatori immunocitochimici non può essere consigliato di routine.

L’esame istologico estemporaneo eseguito durante l’intervento chirurgico risente degli stessi limiti dell’agoaspirato e, pertanto, non viene normalmente consigliato.