135

Dalla stadiazione anatomica alla biologia tumorale: impatto della classificazione ATA 2025 nella stratificazione del rischio del carcinoma tiroideo differenziato

Gianluca Cera (1) - **Teresa Zanfardino** (2) - **Andrea Corsello** (3) - **Marco Capezzone** (4) - **Daniele Barbaro** (5) - **Rosa Maria Paragliola** (2)

(1) U.O.C. di Endocrinologia, Fondazione Policlinico Gemelli, Roma, Italia - **(2)** Unicamillus, Saint Camillus University of Health Sciences, Facoltà Dipartimentale di Medicina, Roma, Italia - **(3)** U.O.C. Chirurgia Endocrina, Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola, Roma, Italia - **(4)** U.O.S.D. di Endocrinologia, Ospedale Misericordia, Grosseto, Italia - **(5)** U.O.S.D. di Endocrinologia, Ospedali Riuniti di Livorno, Livorno, Italia

Introduzione

Nel carcinoma tiroideo differenziato (DTC) la stratificazione del rischio post-operatorio rappresenta un passaggio cruciale per definire trattamento e follow-up. Le linee guida ATA 2025 introducono un cambiamento concettuale rispetto ad ATA 2015, attribuendo maggiore peso alla **biologia tumorale** e alle **varianti istologiche aggressive**.

Obiettivo

Valutare, in una coorte real-world, l'impatto della nuova classificazione ATA 2025 rispetto ad ATA 2015, con particolare attenzione al ruolo dell'aggressività istologica.

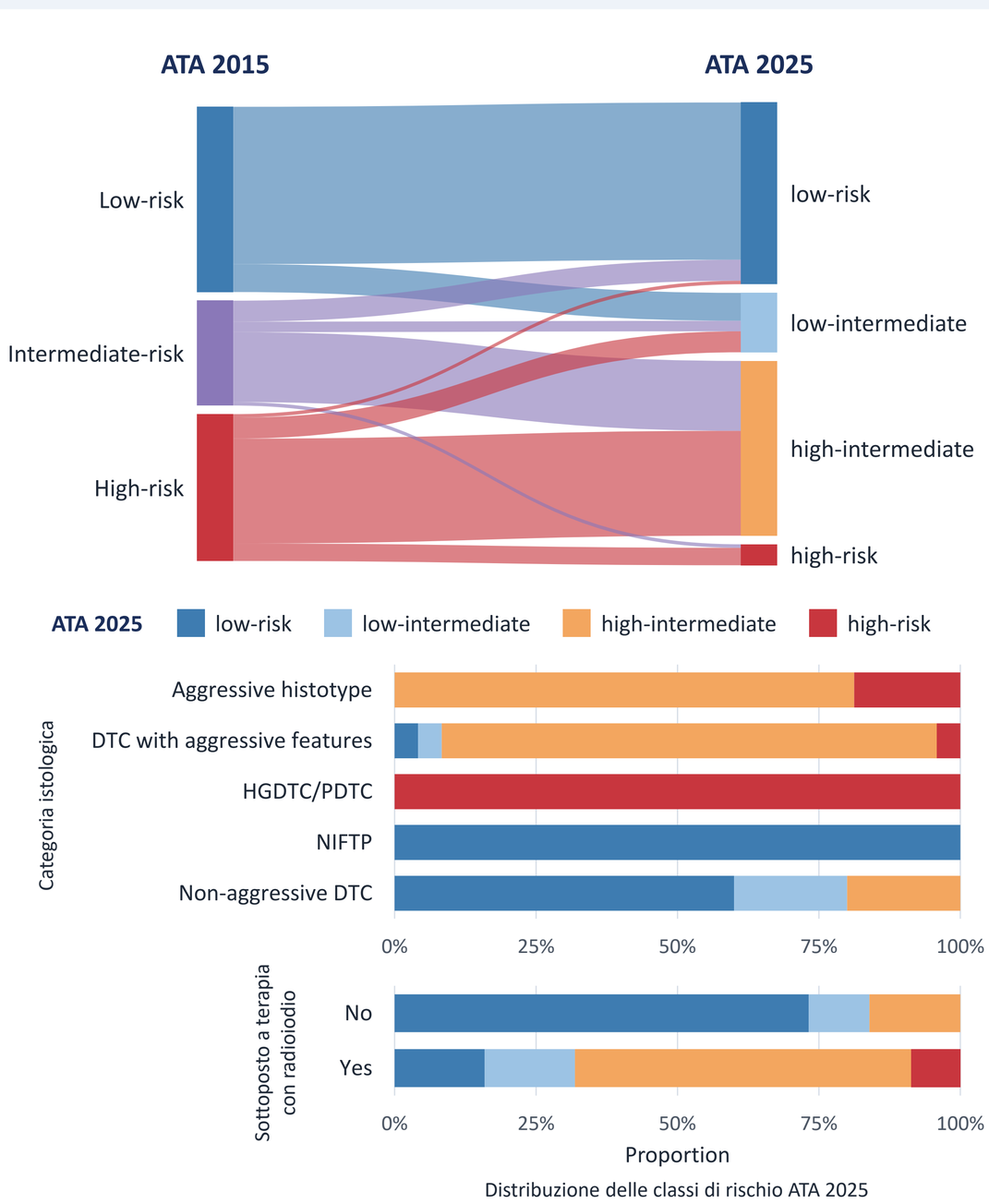
Materiali e metodi

Sono state retrospettivamente analizzate le caratteristiche cliniche ed istologiche, l'eventuale RRA, le categorie di rischio secondo ATA 2015 e ATA 2025 e la risposta alla terapia (outcome clinico classificato come risposta: "eccellente", "indeterminata", "biochimicamente incompleta" o "strutturalmente incompleta") in **125 pazienti** affetti da DTC sottoposti a tiroidectomia.

Sono state eseguite analisi descrittive e inferenziali, test di Fisher, analisi ROC con confronto delle AUC (test di DeLong), regressione logistica multivariata e analisi multinomiale esplorativa.

Risultati

- Applicando i criteri di classificazione di ATA 2025, il **27.2%** dei pazienti è stato riclassificato in una categoria superiore, il **10.4%** in una categoria inferiore e il **62.4%** è rimasto invariato, rispetto ad ATA 2015.
- Le categorie ATA 2025 più elevate si associano significativamente a una maggiore frequenza di outcome non eccellente (**nessun paziente ad "alto rischio" presenta risposta eccellente**, che invece è prevalente nei pazienti a basso rischio).
- Le varianti istologiche aggressive risultano significativamente associate a categorie ATA 2025 più elevate, **anche nel sottogruppo T1N0**, suggerendo che il solo TNM non è sempre sufficiente a definire un profilo realmente indolente.
- Al contrario, la multifocalità non mostra una chiara associazione indipendente con un outcome peggiore, mentre risulta associata a una più frequente indicazione alla RRA.
- La RRA è più frequente nei pazienti con categorie ATA 2025 superiori e con caratteristiche istologiche aggressive; tuttavia, dopo aggiustamento per il rischio, **non presenta associazione indipendente con l'outcome**.
- La classificazione ATA 2025 mostra una performance discriminativa lievemente superiore ad ATA 2015 nella predizione della risposta non eccellente (**AUC 0.661 vs 0.614**), sebbene senza significatività statistica.



Distribuzione delle classi di rischio ATA 2025

Discussione e conclusioni

In questa esperienza real-world, ATA 2025 non si limita a ricollocare i pazienti in nuove categorie di rischio, ma sembra riflettere un'evoluzione della valutazione prognostica del DTC, spostando il baricentro **dalla sola "anatomia tumorale" alla biologia della malattia**.

L'aggressività istologica emerge come elemento centrale nella ridefinizione del rischio, anche in tumori apparentemente favorevoli come i T1N0.

La multifocalità, invece, appare ancora rilevante nelle decisioni terapeutiche, ma **non come predittore indipendente di outcome sfavorevole**.