ERRATUM

Erratum a: ATA vs EU-TIRADS vs AACE/ACE/AME: criteri ecografici tiroidei a confronto

T. Rago¹ · S. Manfrini² · S. Briganti² · A. Palermo²

Pubblicato online: 5 dicembre 2018
© Springer Nature Switzerland AG 2018

Erratum a: L'Endocrinologo (2018) 19(4): 210–212
<https://doi.org/10.1007/s40619-018-00468-y>

In seguito alla pubblicazione dell'articolo, sono stati rilevati errori e inesattezze.

Ci scusiamo coi lettori e riportiamo di seguito le correzioni:

1. Lista degli autori

La lista degli autori dell'articolo pubblicato non è corretta, di seguito l'elenco corretto:

T. Rago¹, S. Manfrini², S. Briganti², A. Palermo²

¹ Dipartimento Attività Integrata Specialità Mediche, U.O. di Endocrinologia I, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa, Università di Pisa, Pisa, Italia

² Struttura Complessa di Endocrinologia del Policlinico dell'Università Campus Biomedico, Roma, Italia.

2. Paragrafo “Raccomandazioni per l'esecuzione di FNA nei noduli tiroidei

Linee guida ATA

- Nodulo benigno: no FNA.
- Nodulo a rischio molto basso: osservazione; FNA nei noduli di dimensioni ≥ 2 cm

La versione online dell'articolo originale può essere trovata al
<https://doi.org/10.1007/s40619-018-00468-y>.

✉ T. Rago
rago@endoc.med.unipi.it

¹ Dipartimento Attività Integrata Specialità Mediche, U.O. di Endocrinologia I, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa, Università di Pisa, Pisa, Italia

² Struttura Complessa di Endocrinologia del Policlinico dell'Università Campus Biomedico, Roma, Italia

- Nodulo a rischio basso: FNA nei noduli $\geq 1,5$ cm
- Nodulo a rischio intermedio: FNA nei noduli > 1 cm
- Nodulo ad alto rischio: FNA nei noduli > 1 cm (Tabella 1)

Linee guida AACE/ACE/AME:

- Nodulo a rischio basso: noduli spongiformi o prevalentemente cistici senza caratteri ecografici sospetti, raccomandato FNA solo quando i noduli sono > 2 cm, se aumentano di dimensioni o sono associati una storia di alto rischio prima della chirurgia o terapia ablativa mini-invasiva. I noduli a basso rischio < 5 mm dovrebbero essere monitorati, indipendentemente dai caratteri ecografici.
- Nodulo a rischio intermedio: FNA nei noduli > 2 cm.
- Nodulo a rischio alto: FNA nei noduli ≥ 1 cm. Nei noduli ad alto rischio di dimensioni tra 5–10 mm, in accordo con il paziente, considerare l'osservazione clinica o FNA. (Tabella 1) FNA è raccomandata
 - nei noduli sottocapsulari o lesioni paratracheali,
 - in presenza di linfonodi sospetti o diffusione extratiroidale
 - storia personale o familiare carcinoma della tiroide
 - pregressa irradiazione testa-collo
 - altri quadri clinici sospetti (ad es. comparsa di disfonia)

3. Paragrafo “Raccomandazioni per eseguire l'FNA”

- EU-TIRADS 1: FNA no raccomandato
- EU-TIRADS 2: FNA no raccomandato
- EU-TIRADS 3: FNA raccomandato se nodulo > 2 cm
- EU-TIRADS 4: FNA raccomandato se nodulo $> 1,5$ cm
- EU-TIRADS 5: FNA raccomandato se nodulo > 1 cm, nei noduli di dimensioni > 1 cm raccomandato FNA o sorveglianza attiva

Immagine ecografica (sezione longitudinale) che documenta in un lobo tiroideo di normali dimensioni la presenza di un nodulo solido, ipoecogeno, disomogeneo, con lacune, margini irregolari, sfrangiati $6 \times 8 \times 11$ mm.

Secondo le classificazioni descritte, questo nodulo dovrebbe essere considerato a rischio alto. Il paziente è stato sottoposto a tiroidectomia per una citologia sospetta. L'esame istologico ha confermato la diagnosi di Ca papillare.

4. Conflitto di interesse

Gli Autori T. Rago, S. Manfrini, S. Briganti e A. Palermo dichiarano di non avere conflitti di interesse.