

## FOLLOW-UP DEL PTC A RISCHIO DI RECIDIVA BASSO-INTERMEDIO: ECOGRAFIA SÌ O NO?

È stato pubblicato recentemente uno studio (1) sull'utilità di effettuare ecografia del collo (US) durante il *follow-up* di pazienti affetti da carcinoma tiroideo ben differenziato a rischio di recidiva basso-intermedio. Negli ultimi anni, infatti, l'incidenza di carcinomi papillari della tiroide (PTC) è notevolmente aumentata, ma nella maggior parte dei casi il decorso è risultato indolente e la mortalità bassa; appare necessario, pertanto, ridurre le procedure diagnostiche e l'*overtreatment* che ne deriva. A tal proposito, l'*American Thyroid Association* (2) suggerisce che durante il *follow-up* l'US potrebbe essere omessa in quel sottogruppo di pazienti affetti da PTC a basso rischio, quando, al momento della prima rivalutazione, presentano eccellente risposta ai trattamenti ricevuti (US negativa e tireoglobulina – Tg – indosabile) (raccomandazione 65, D, "debole", essendo basata su prove di bassa qualità). Diversi recenti studi prospettici (3,4) hanno dimostrato che la recidiva di malattia documentata ecograficamente è estremamente rara in questa categoria di pazienti.

In particolare, questo studio ha valutato **retrospettivamente 226 pazienti** con diagnosi di PTC, con US negativa per quanto riguarda lo stato linfonodale al momento del primo controllo dopo i trattamenti iniziali, suddivisi in due gruppi a seconda dei livelli di Tg plasmatica:

- gruppo 1: Tg indosabile (< 0.2 ng/mL);
- gruppo 2: Tg dosabile (0.2-0.99 ng/mL).

In entrambi i gruppi, sia dopo 1 anno, sia dopo un *follow-up* medio di 3 anni, sono stati **diagnosticati con US 1.2% di casi con linfonodi sospetti/dubbi per recidive**, ma nel 75% dei casi non è stato effettuato nessun trattamento specifico (chirurgia e/o terapia radiometabolica). Questi dati suggeriscono che in questo specifico contesto di malattia il monitoraggio può basarsi con sicurezza su dosaggi periodici di Tg (metodo ultra-sensibile) senza uso routinario di US. Questa, seriata nel tempo, andrebbe invece riservata ai pazienti che presentano concomitante positività degli anticorpi anti-Tg e/o con *trend* dei valori in aumento o in quelli con aumento dei livelli di Tg che superano 1 ng/mL nel corso del *follow-up*.

Il lavoro, nonostante i **limiti** intrinseci che presenta (retrospettivo, monocentrico, limitato ad un piccolo numero di pazienti e con *follow-up* relativamente breve), potrebbe portare a un notevole cambiamento della pratica clinica routinaria per la sorveglianza di malattia in questa specifica categoria di pazienti sempre più numerosa. Sono però necessari ulteriori studi, più ampi e con *follow-up* più lunghi, per avvalorare definitivamente questi dati.

### Bibliografia

1. Grani G, Ramundo V, Falcone R, et al. Thyroid cancer patients with no evidence of disease: the need for repeat neck ultrasound. *J Clin Endocrinol Metab* [2019, 104: 4981-9](#).
2. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* [2016, 26: 1-133](#).
3. Schlumberger M, Lebouilleux S, Catargi B, et al. Outcome after ablation in patients with low risk thyroid cancer (ESTIMABL1): 5-year follow-up results of a randomised, phase 3, equivalence trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* [2018, 6: 618-26](#).
4. Dehbi HM, Mallick U, Wadsley J, et al. Recurrence after low-dose radioiodine ablation and recombinant human thyroid-stimulating hormone for differentiated thyroid cancer (HiLo): long-term results of an open-label, noninferiority randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* [2019, 7: 44-51](#).

