

UTILIZZO SELETTIVO DEL RADIOIODIO NEL PTC A RISCHIO BASSO O INTERMEDIO-BASSO

L'incidenza dei tumori della tiroide è in progressivo aumento e la grande maggioranza di questi è rappresentata dal carcinoma papillifero (PTC), che ha generalmente un comportamento poco aggressivo, indolente e conseguente bassa mortalità. Le linee guida dell'*American Thyroid Association* (ATA) nella più recente revisione del 2015 consigliano un uso sempre più selettivo del radioiodio per l'ablazione del residuo, soprattutto nei pazienti classificati "a basso rischio".

Un recente studio, eseguito in un unico Centro, ha analizzato **retrospettivamente** i risultati ottenuti in **due coorti di pazienti con PTC a rischio basso/intermedio-basso**:

- coorte 1 (da maggio 2005 a giugno 2011, 116 pazienti), sottoposta al trattamento "standard" tiroidectomia + radioiodio;
- coorte 2 (da luglio 2011 a dicembre 2018, 156 pazienti), trattata con sola tiroidectomia ed eventuale decisione al trattamento con radioiodio differita al momento del primo *follow-up*, circa un anno dopo la chirurgia, o nel corso dei controlli successivi.

Caratteristiche iniziali	Rischio stimato di recidiva	
	Basso ($\leq 5\%$)	Intermedio-basso ($\leq 8\%$)
Assenza residui tumorali grossolani	✓	✓
No metastasi a distanza	✓	✓
PTC classico o variante non aggressiva	✓	✓
No estensione extra-tiroidea	✓	
Invasione microscopica extra-tiroidea		✓
No metastasi linfonodali	✓	
≤ 5 metastasi linfonodali, tutte nel compartimento centrale		✓

In entrambi i gruppi, la decisione definitiva al trattamento era affidata al paziente dopo discussione col medico sui rischi/benefici. Tutti i pazienti rientravano nel rischio di recidiva $\leq 8\%$ secondo la classificazione ATA. Le indicazioni al trattamento con radioiodio nella coorte 2 erano una delle seguenti: aspetti ecografici sospetti per persistenza/recidiva, livelli di Tg in aumento, esplicita richiesta del paziente. Il **follow-up minimo** dopo il trattamento iniziale era di **3 anni**.

I risultati sono stati valutati a 12 e 36 mesi e all'ultimo *follow-up* in termini di risposta alla terapia iniziale secondo i criteri ATA 2015: eccellente, biochimicamente incompleta, strutturalmente incompleta, indeterminata.

Risposta alla terapia	Definizioni	Evoluzione clinica
Eccellente	<i>Imaging</i> negativo Tg indosabile	Recidiva 1-4% Mortalità < 1%
Biochimicamente incompleta	<i>Imaging</i> negativo Tg dosabile (> 1 ng/mL o > 10 ng/mL dopo stimolazione) o TgAb in aumento	20% malattia strutturale Mortalità < 1%
Strutturalmente incompleta	Evidenza morfologica di malattia	50-85% persistenza di malattia Mortalità 11-50%
Indeterminata	Morfologia non specifica Tg dosabile "bassa" (< 1 ng/mL o < 10 ng/mL dopo stimolazione) o TgAb stabili o in decremento	15-20% malattia strutturale Mortalità < 1%



In entrambe le coorti, 2/3 dei pazienti appartenevano al basso rischio e 1/3 al rischio intermedio/basso. Il diametro medio del tumore era significativamente più basso nella coorte 2 (7 mm vs 10 mm, $p < 0.001$) per la presenza in questa di un maggior numero di micro-carcinomi unifocali: analizzando i dati prima e dopo esclusione dei 127 micro-carcinomi unifocali non sono però risultate differenze nella distribuzione delle risposte alla terapia.

Il radioiodio è stato somministrato nella grande maggioranza dei pazienti della coorte 1 e solo nel 6.4% della coorte 2 (10 pazienti), più altri 3 trattati nel corso del *follow-up*. La frequenza di **risposta strutturalmente incompleta** sia nel basso rischio che nell'intermedio-basso era trascurabile (1-3%) e **non differente tra le due coorti** in tutti i momenti del *follow-up*. Il risultato più evidente era la maggiore frequenza di risposte alla terapia posizionate nell'area "grigia" (risposte biochimicamente incompleta e indeterminata) nei pazienti della coorte 2, ma all'ultimo *follow-up* non era più presente una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi.

Commento

Soprattutto nei pazienti a basso rischio non viene impiegato il radioiodio per l'ablazione del residuo, con la conseguente persistenza di **piccoli residui di tessuto tiroideo**, spesso rilevabili all'esame ecografico (morfologia non specifica), **in grado di produrre basse quantità di Tg** e talvolta con una persistente produzione di anticorpi. Tali **situazioni** sono **transitorie** in molti casi (con evoluzione a risposta eccellente dopo qualche anno di *follow-up*), per la probabile atrofia progressiva spontanea dei residui tissutali.

Il presente studio conferma questi dati, dimostrando **al termine del follow-up** (dopo 3 anni o più dal trattamento iniziale) **percentuali non differenti delle varie risposte alla terapia nei pazienti ablati e non**. È necessario che lo specialista prenda confidenza con questo nuovo modo di gestire i pazienti a basso rischio, rassicurandoli e fornendo tutte le informazioni necessarie riguardo ai rischi e benefici dell'uso del radioiodio.

Bibliografia

1. The American Thyroid Association (ATA) guidelines taskforce on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* [2016, 26: 1-133](#).
2. Grani G, Lamartina L, Alfò M, et al. Selective use of radioactive iodine therapy for papillary thyroid cancers with low or lower-intermediate recurrence risk. *J Clin Endocrinol Metab* [2021, 106: e1717-e27](#).