

## TIREOGLOBULINA POST-INTERVENTO E INDICAZIONE ALLA TERAPIA CON <sup>131</sup>I

Responsabile Editoriale  
**Vincenzo Toscano**

Il carcinoma papillare (PTC) è il tumore differenziato della tiroide più frequente e meno aggressivo, con un rischio di mortalità < 2%. Le attuali Linee Guida, in particolare quella dell'*American Thyroid Association* (ATA)(1), utilizzano una classificazione di rischio di recidiva di malattia (basso, intermedio, alto) in base alla presenza o meno di fattori di rischio. L'indicazione all'ablazione post-chirurgica del residuo tiroideo con radioiodio è assoluta nei pazienti ad alto rischio e in buona parte di quelli a rischio intermedio, mentre rimane incerta nei pazienti a basso rischio.

Lo studio di Rosario e colleghi (2) si aggiunge ad altri analoghi pubblicati negli ultimi anni, riguardanti il valore prognostico della tireoglobulina (Tg) basale plasmatica (in terapia sostitutivo-soppressiva con ormoni tiroidei), misurata con metodo ultrasensibile e dosata 2-3 mesi dopo tiroidectomia totale. In particolare, gli autori hanno esaminato una coorte di 154 pazienti consecutivi con PTC > 1 cm, classificati a basso rischio di recidiva per:

- assenza di metastasi locali o a distanza;
- resezione completa del tumore;
- assenza di invasione delle strutture circostanti;
- assenza di varianti istologiche aggressive.

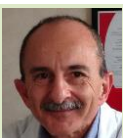
Altri criteri d'inclusione allo studio (2-3 mesi dopo tiroidectomia totale):

- assenza di anticorpi anti-Tg (TgAb);
- Tg indosabile in corso di terapia sostitutivo-soppressiva;
- ecografia del collo (US) negativa.

Lo scopo dello studio è stato valutare la presenza di persistenza di malattia in questa categoria di pazienti. Le attività di radioiodio somministrate per l'ablazione del residuo variavano da 30 a 100 mCi (1.1 o 3.7 GBq) e la preparazione era stata effettuata o con TSH ricombinante (rhTSH) o con sospensione della terapia con L-tiroxina. La persistenza di malattia era definita dalla presenza di captazione patologica alla scintigrafia post-dose e/o di positività delle metodiche di immagine utilizzate (US o, se indicato, TC o <sup>18</sup>F-FDG-PET/TC, quest'ultima in caso di livelli di Tg > 2 ng/mL).

Dallo studio è emerso che circa il 10% dei pazienti mostrava livelli post-chirurgici di Tg stimolata dosabili (1-3 ng/mL), ma nessuno di essi presentava captazioni patologiche alla scintigrafia post-dose. Dopo 9-12 mesi il 97% dei pazienti dimostrava assenza di malattia residua (Tg stimolata < 1 ng/mL con TgAb e US negativi), il restante 3% (4 pazienti) presentava solo livelli debolmente positivi di Tg stimolata (valore massimo 2.5 ng/mL), e *imaging* negativo. All'ultimo *follow-up* (mediana 24 mesi) nessun paziente presentava recidiva/persistenza di malattia.

I risultati di questo e degli studi precedenti (3,4) suggeriscono che **i pazienti classificati a basso rischio di recidiva**, (TgAb e US negativi, e soprattutto livelli indosabili di Tg in terapia sostitutiva/soppressiva, pochi mesi dopo l'intervento), **non hanno probabilmente indicazione al trattamento ablativo con radioiodio**, perché hanno una probabilità intorno al 100% di risultare liberi da malattia anche ai controlli successivi nel corso del *follow-up*. C'è da aggiungere che le prossime linee guida ATA, di imminente pubblicazione, probabilmente chiariranno in maniera più dettagliata quali pazienti appartenenti a questa classe di rischio potranno beneficiare o meno dell'ablazione del residuo con radioiodio.



### **Bibliografia essenziale**

1. American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* [2009, 19: 1167–214](#).
2. Rosario PW, Mourão GF, Siman TL, Calsolari MR. A low postoperative nonstimulated serum thyroglobulin level excludes the presence of persistent disease in low-risk papillary thyroid cancer patients: implication for radioiodine indication. *Clin Endocrinol* [2014, doi: 10.1111/cen.12668](#).
3. Giovanella L, Ceriani L, Suriano S, et al. Thyroglobulin measurement before rhTSH-aided 131I ablation in detecting metastases from differentiated thyroid carcinoma. *Clin Endocrinol* [2008, 69: 659-63](#).
4. Robenshtok E, Grewal RK, Fish S, et al. A low postoperative nonstimulated serum thyroglobulin level does not exclude the presence of radioactive iodine avid metastatic foci in intermediate-risk differentiated thyroid cancer patients. *Thyroid* [2013, 23: 436-42](#).
5. Torlontano M, Attard M, Crocetti U, Massa M. Follow-up dei tumori differenziati. [Endowiki](#).