

RACCOMANDAZIONI SIE 2015 PER L'ABLAZIONE POST-CHIRURGICA DEL RESIDUO TIROIDEO NEI PAZIENTI CON DTC

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

L'ablazione del tessuto tiroideo normale residuo con iodio radioattivo (RAI), quando indicata:

- permette un più agevole *follow-up* dei tumori tiroidei differenziati (DTC) mediante il dosaggio della tireoglobulina (Tg) e l'eventuale scintigrafia *whole body* (WBS);
- permette di ottenere un WBS più sensibile, perché eseguito dopo dose ablativa (30-100 mCi) e non diagnostica (1-2 mCi);
- riveste anche la funzione di terapia adiuvante, potendo distruggere eventuali microfoci tumorali residuati alla chirurgia.

Due recenti studi prospettici hanno dimostrato che l'ablazione del residuo tiroideo viene ottenuta efficacemente nella stessa maniera preparando il paziente sia con la sospensione della terapia con L-tiroxina che con la somministrazione di TSH umano ricombinante (rhTSH), e il risultato viene ottenuto sia impiegando alte (100 mCi) che basse dosi (30 mCi) di RAI.

La definizione attualmente più accettata di **ablazione ottimale** comprende:

1. livello di Tg stimolata < 1 ng/mL (oppure Tg basale < 0.2 ng/mL misurata con metodica ultra-sensibile);
2. assenza di anticorpi anti-Tg (TgAb) dosabili;
3. ecografia del collo negativa.

La WBS diagnostica non viene più considerata utile, perché si è dimostrata poco sensibile nell'individuare persistenza o recidiva di malattia.

Negli ultimi anni, **numerosi studi hanno dimostrato che l'ablazione del residuo non è di alcuna utilità nei pazienti a basso rischio di recidiva e mortalità**. Di conseguenza, le più importanti linee guida hanno ristretto tale indicazione alle categorie di rischio più elevato. Ricordiamo le **3 categorie di rischio** secondo le linee guida ATA (*American Thyroid Association*):

- basso: dimensioni ≤ 4 cm (pT1-T2), in assenza di superamento della capsula tiroidea, di invasione vascolare, di metastasi locali o a distanza, di istotipi aggressivi, di captazioni patologiche alla WBS (se eseguita);
- intermedio: dimensioni > 4 cm e/o minima invasione extra-tiroidea (pT3), e/o metastasi locali (N1), e/o istotipi aggressivi;
- alto: metastasi a distanza (M1) e/o ampia invasione dei tessuti extra-tiroidei.

È stato recentemente pubblicato un **documento di consenso della Società Italiana di Endocrinologia** riguardante l'ablazione post-chirurgica del residuo tiroideo nei pazienti con DTC, redatto da una *task force* di esperti (medici nucleari ed endocrinologi). Il documento comprende sette raccomandazioni classificate di grado elevato (A), medio (B) o basso (C) secondo il livello di evidenza in letteratura. Vengono qui elencate le 7 raccomandazioni **per una corretta ablazione del residuo tiroideo**, con il grado corrispondente.

Raccomandazione 1 (grado A): **la preparazione con rhTSH è preferibile alla sospensione della terapia con L-tiroxina**; quest'ultima andrebbe riservata solo ai casi in cui il rhTSH non è disponibile o praticabile.

Raccomandazione 2 (grado B): **utilizzare il dosaggio più basso efficace** (30 mCi), soprattutto per i pazienti a rischio basso o intermedio di recidiva.

Raccomandazione 3 (grado C): **è consigliata un'attività maggiore** (100 mCi) **nei pazienti ad alto rischio**, o quando si sospetta malattia residua microscopica per qualunque classe di rischio (eventuale persistenza di microfoci di tessuto neoplastico).



Raccomandazione 4 (grado C): nella maggior parte dei casi, **la WBS diagnostica** eseguita prima dell'ablazione non è utile e **può essere controproducente** (per la possibile ridotta captazione da parte delle cellule bersaglio della successiva dose ablativa di RAI). Può essere considerata solo in caso di sospette metastasi locali o a distanza, per meglio definire la dose di RAI da somministrare, o in presenza di livelli elevati di TgAb, che possono essere sospetti per persistenza di malattia.

Raccomandazione 5 (grado C): i **valori post-operatori di Tg** (in assenza di TgAb) e **l'ecografia** del collo possono fornire utili **informazioni riguardo alla necessità di eseguire l'ablazione** e la dose da somministrare.

Raccomandazione 6 (grado B): **non è necessario prescrivere una dieta** pre-ablazione **a basso contenuto di iodio**, almeno nei paesi a lieve o moderata iodo-deficienza; è invece assolutamente necessario evitare l'assunzione di sostanze o farmaci o mezzi di contrasto contenenti iodio.

Raccomandazione 7 (grado A): **è raccomandata la WBS post-ablazione** da eseguire 3-7 giorni dopo la dose ablativa.

In conclusione, le raccomandazioni qui espone hanno il merito di facilitare lo specialista endocrinologo o medico nucleare nella scelta delle modalità più corrette di esecuzione della terapia ablativa, per i pazienti in cui sia indicata.

Bibliografia

1. Pacini F, Brianzoni E, Durante C, et al. Recommendations for post-surgical thyroid ablation in differentiated thyroid cancer: a 2015 position statement of the Italian Society of Endocrinology. J Endocrinol Invest [2015](#), DOI [10.1007/s40618-015-0375-7](#).
2. Schlumberger M, Catargi B, Borget I, et al. Strategies of radioiodine ablation in patients with low-risk thyroid cancer. N Engl J Med [2012](#), **366**: 1663–73.
3. Mallick U, Harmer C, Yap B, et al. Ablation with low-dose radioiodine and thyrotropin alfa in thyroid cancer. N Engl J Med [2012](#), **366**: 1674–85.
4. 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.
5. Chianelli M, Todino V. Terapia medico-nucleare dei tumori differenziati tiroidei - ablazione del residuo. [Endowiki](#).