

## IPOTIROIDISMO POST-EMITIROIDECTOMIA: DA TRATTARE?

Responsabile Editoriale  
**Renato Cozzi**

L'emitiroidectomia (emiTX) è raccomandata come prima scelta (1):

1. in soggetti con noduli unici indeterminati all'esame citologico;
2. in casi di carcinoma tiroideo papillare o follicolare con diametro < 1 cm senza estensione extra-tiroidea;
3. in alternativa alle procedure bilaterali, nei soggetti con carcinoma papillare o follicolare di diametro compreso tra 1 e 4 cm.

L'ipotiroidismo (ipoTIR), la più frequente complicazione dell'emiTX, è riscontrabile nel 19-27% dei casi, soprattutto in caso di positività per gli anticorpi anti-TPO e/o con TSH pre-operatorio più elevato (2).

Ahn D e coll. hanno recentemente valutato incidenza, fattori di rischio e caratteristiche cliniche dell'ipoTIR post-emiTX in uno **studio retrospettivo su 405 pazienti** sottoposti a emiTX tra il 2004 e il 2011 (3). Dopo l'intervento, i pazienti sono stati sottoposti a controllo della funzione tiroidea entro 3 mesi dall'emiTX e poi ogni 6 mesi (o dopo 3 mesi qualora comparisse un ipoTIR subclinico, definito come TSH < 10 mU/L e FT4 normale). Il **follow-up** ha avuto durata media di **56 mesi**.

Gli *outcome* principali erano la comparsa di ipoTIR e il suo decorso clinico, l'eventuale spontaneo recupero dell'eutiroidismo o la necessità di terapia sostitutiva.

In base all'assetto tiroideo, i pazienti sono stati classificati in 2 classi:

1. ipoTIR conclamato (TSH > della norma e FT4 e/o FT3 < della norma);
2. ipoTIR subclinico, suddivisi a loro volta in due sotto-classi, a seconda che il TSH fosse > o < 10 mU/L.

La terapia sostitutiva è stata iniziata soltanto nel caso di riscontro di:

- ipoTIR conclamato;
- ipoTIR subclinico con TSH > 10 mU/L e/o se comparivano manifestazioni cliniche da ipoTIR.

Se i pazienti si mantenevano in eutiroidismo o in ipoTIR subclinico con TSH < 10 mU/L e/o senza manifestazioni cliniche da ipoTIR, non veniva praticata terapia sostitutiva.

Nell'intera coorte **il TSH è aumentato significativamente** (da 1.6 mU/L pre-op a 2.6 mU/L post-op).

L'**ipoTIR è comparso nel 55.8% dei pazienti sottoposti a emiTX**, ma in ben il **98.2%** (222/226 pazienti) si trattava di forme (almeno inizialmente) **subcliniche**. La comparsa dell'ipoTIR è generalmente avvenuta **nell'84.5% dei casi entro 3 mesi dalla chirurgia**. I **fattori predittivi** di ipoTIR sono risultati, all'analisi multivariata, TSH pre-op  $\geq$  2 mU/L e istologia positiva per tiroidite di Hashimoto.

Tra coloro i quali sviluppavano ipoTIR subclinico, il **67.1%** mostrava un **ripristino spontaneo dell'eutiroidismo entro un tempo medio di 14 mesi** (range 1-55 mesi) e soltanto il 32.9% mostrava un ipoTIR subclinico persistente; quest'ultimo era predetto, all'analisi multivariata, da TSH pre-op  $\geq$  2.6 mU/L ed età  $\geq$  45 anni. **Solo il 14.3% dei pazienti aveva bisogno di terapia sostitutiva** secondo le indicazioni imposte dal protocollo dello studio.

Considerato che la terapia sostitutiva può determinare effetti avversi ossei e cardio-vascolari, gli autori concludono che **la terapia sostitutiva non dovrebbe essere somministrata a tutti i soggetti emitiroidectomizzati**, ma dovrebbe essere prudentemente presa in considerazione soltanto dopo un attento *follow-up*, tenendo in conto delle elevate probabilità di ripristino spontaneo di eutiroidismo.

### Commento

Alcuni **punti di forza** dello studio sono la lunghezza del *follow-up* (> 5 anni) e, nonostante la natura retrospettiva dell'indagine, il rigoroso protocollo cui i pazienti sono stati sottoposti. Questo ha consentito di delineare la storia naturale della funzione tiroidea post-emiTX, evidenziando, da una parte, l'elevata incidenza della disfunzione tiroidea che segue all'intervento chirurgico, ma anche le notevoli capacità di recupero funzionale del parenchima tiroideo residuo.

Tuttavia, questo studio non ha preso in considerazione le **eventuali modifiche della morfo-patologia tiroidea** che potrebbero conseguire all'emiTX, come la comparsa di nuovi noduli o l'accrescimento di quelli pre-esistenti, inclusi noduli maligni. Infatti, in questi pazienti può essere necessaria, dopo l'intervento chirurgico, una sorveglianza ecografica più o meno assidua o l'esecuzione dell'agoaspirato tiroideo (4, 5).



**Davide Brancato** ([davide.brancato@libero.it](mailto:davide.brancato@libero.it))

UOC Medicina Interna, Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia e l'Impianto dei Microinfusori, Ospedale di Partinico, ASP Palermo

Questo aspetto appare particolarmente rilevante nello studio, dal momento che la coorte studiata era costituita, per il 93.1%, da soggetti con istologia positiva per carcinoma tiroideo papillare o follicolare. Sebbene gli autori non abbiano riscontrato, a 5 anni dell'emiTX, una differenza di recidiva di carcinoma tra i soggetti con TSH normale e quelli con TSH > della norma, il protocollo di *follow-up* utilizzato non è coerente con quanto attualmente suggerito dalle linee guida dell'*American Thyroid Association* per pazienti sottoposti a lobectomia: **anche nei pazienti a basso rischio il TSH dovrebbe essere mantenuto tra 0.5 e 2.0 mU/L (1)**, indicando la necessità di un trattamento sostitutivo nella maggioranza dei pazienti emitiroidectomizzati.

In attesa che vengano prodotti studi (meglio se prospettici) a lungo termine in grado di definire le modificazioni morfo-patologiche successive all'emiTX e l'obiettivo ideale di TSH, l'endocrinologo clinico avrà il compito di stabilire, per ogni singolo paziente, l'indicazione al trattamento sostitutivo e il relativo *target* di terapia.

#### Bibliografia

1. 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](#).
2. Verloop H, Louwerens M, Schoones JW, et al. Risk of hypothyroidism following hemithyroidectomy: systematic review and meta-analysis of prognostic studies. *J Clin Endocrinol Metab* [2012, 97: 2243-55](#).
3. Ahn D, Sohn JH, Jeon JH. Hypothyroidism following hemithyroidectomy: incidence, risk factors, and clinical characteristics. *J Clin Endocrinol Metab* [2016, 101: 1429-36](#).
4. Noureldine SI, Khan A, Massasati SA, et al. Thyroid hormone replacement therapy, surveillance ultrasonography, and fine-needle aspiration after hemithyroidectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* [2013, 122: 450-6](#).
5. Spanheimer PM, Sugg SL, Lal G, et al. Surveillance and intervention after thyroid lobectomy. *Ann Surg Oncol* [2011, 18: 1729-33](#).