

## PERCHÈ I MEDICI NUCLEARI EUROPEI NON SONO D'ACCORDO CON LE LG ATA 2015 SU NODULO E DTC

Responsabile Editoriale  
**Renato Cozzi**

Nel gennaio 2016, l'*American Thyroid Association* (ATA) ha pubblicato la terza versione delle linee guida (LG) per la gestione del paziente adulto con nodulo tiroideo e carcinoma differenziato della tiroide (DTC) (1). Le LG ATA, probabilmente le più citate al mondo, aggiornano e ampliano con 101 raccomandazioni la precedente versione pubblicata nel 2009 (2). Uno degli scopi è "... minimizzare il danno potenziale da sovra-trattamento nella maggioranza di pazienti a basso rischio per morbilità e mortalità specifiche per malattia, e nello stesso tempo trattare e monitorare appropriatamente i pazienti ad alto rischio". Si ricorda che il documento "non dovrebbe essere interpretato come sostitutivo del giudizio clinico", precisazione opportuna nel caso del DTC, in cui le incertezze tuttora esistenti danno luogo a varie controversie cliniche.

Alcune divergenze di opinioni hanno portato l'*European Association of Nuclear Medicine* (EANM) a declinare l'invito all'*endorsement* di queste LG, decisione ufficializzata attraverso un recente editoriale che ne spiega i motivi (3). Le perplessità espresse nell'articolo sono frutto di ampia discussione avvenuta a Berlino nel giugno 2015 tra un gruppo inter-disciplinare di esperti europei e alcuni autori delle LG ATA. **In questo articolo esprimo** la mia opinione sui punti di disaccordo tra ATA ed EANM e quello che dirò riflette **solo la mia personale opinione** e non quella della comunità medico-nucleare italiana o quella dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare (AIMN).

L'editoriale dell'EANM tocca diversi argomenti, ma ritengo che quelli più importanti siano tre.

### 1. Indicazione alla scintigrafia tiroidea in caso di nodulo tiroideo

La prima obiezione dell'EANM riguarda l'indicazione alla scintigrafia tiroidea in caso di patologia nodulare. L'ATA suggerisce di eseguire l'indagine solo per un basso valore di TSH ematico circolante ("*subnormal*"), preferendo come radio-farmaco  $^{123}\text{I}$  (raccomandazione 2B e 2C).

L'EANM osserva che, **in aree a carenza endemica di iodio, un significativo numero di pazienti** con noduli tiroidei funzionalmente autonomi o gozzo tossico multi-nodulare **può presentare un valore di TSH normale o ai limiti inferiori** della norma. In questi casi la raccomandazione ATA porterebbe alla non esecuzione di una scintigrafia tiroidea con errato percorso diagnostico-terapeutico, soprattutto ai fini della programmazione e interpretazione di esame citologico da ago-aspirato. In aree a carenza endemica di iodio l'EANM ritiene indicata la scintigrafia tiroidea anche nei pazienti con patologia nodulare e TSH normale-basso, in accordo con le LG AACE-AME-ETA (4).

Inoltre, la preferenza espressa dall'ATA nei confronti dell'uso di  $^{123}\text{I}$  rispetto al  $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -pertechnetato trova ostacoli di tipo pratico (necessaria la rilevazione a 24 ore) ed economico (notevole costo) oltre alla non necessità di ordine clinico (sono rare e aneddotiche le discordanze tra i due traccianti).

**È quindi assolutamente corretta l'obiezione EANM, soprattutto se collocata nello scenario europeo e italiano.**

### 2. Indicazione al trattamento ablativo con radio-iodio

La seconda obiezione riguarda un argomento controverso: il trattamento ablativo con radio-iodio dopo tiroidectomia totale. La raccomandazione ATA 51A e la tabella 14 suggeriscono che il trattamento ablativo non debba essere usato di *routine* nei pazienti con DTC classificati a basso rischio ATA. Questa ampia categoria contempla DTC che vanno da dimensioni sub-centimetriche (per i quali la raccomandazione è attuata da tempo, perché è dimostrato che il trattamento è inutile e non indicato) fino a 4 cm di diametro (ove è arduo non ipotizzare un completamento di cura con radio-iodio). Inoltre, il trattamento dovrebbe essere solo "*considered*" in pazienti con rischio ATA intermedio (ad esempio un DTC che infiltra la capsula e che presenta metastasi linfonodali latero-cervicali o mediastiniche). Oltre ai limiti dei sistemi di classificazione (TNM, punteggio di rischio ATA), assimilabili a una sorta di "letto di Procuste", bisogna ricordare che **l'intervento chirurgico iniziale è operatore-dipendente** e che è funzione dei volumi chirurgici del centro e dell'esperienza del chirurgo. Sarebbe stato inoltre opportuno da parte dell'ATA sottolineare con maggiore enfasi il ricorso a procedure diagnostiche post-intervento (Tg, US, WBS), spesso utili a porre indicazione o meno al trattamento ablativo. **Anche questa obiezione da parte dell'EANM sembra quindi assolutamente condivisibile.**



**Massimo Salvatori** ([msalvatori@rm.unicatt.it](mailto:msalvatori@rm.unicatt.it))

Medicina Nucleare, Policlinico 'A. Gemelli', Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

### 3. Preparazione con TSH ricombinante al trattamento ablativo con radio-iodio

Non condivido la terza obiezione, relativa all'uso del TSH ricombinante (rhTSH) in preparazione al trattamento ablativo con radio-iodio (raccomandazione ATA 54A-D). Mentre l'EANM sostiene che questo dovrebbe essere "il metodo di scelta", in maniera opportuna l'ATA parla di "accettabile alternativa", fornendo al medico nucleare la possibilità di scegliere tra due metodi (sospensione della terapia ormonale o stimolo con rhTSH), ognuno con vantaggi e limiti. L'uso del termine "accettabile alternativa" non suggerisce una minore efficacia del rhTSH e la raccomandazione ATA non appare "piuttosto cauta", come riportato nell'editoriale EANM. Esistono semplicemente due opzioni di preparazione e sta al medico nucleare scegliere quale si presta meglio al caso in questione. In maniera molto articolata le linee guida ATA distinguono quattro diverse situazioni cliniche, nelle quali si contempla l'opportunità o meno di utilizzare il rhTSH. Le situazioni cliniche (e quindi l'ipotizzabile cinetica del radio-iodio) sono spesso diverse tra loro: un'eccessiva semplificazione, a fronte di indubbi vantaggi pratici, potrebbe essere contro-produttiva se non dannosa in termini di efficacia del trattamento.

**In conclusione**, credo che per evitare dissonanze o divergenze di opinioni, come quelle sopra riportate, sia sufficiente che nella stesura di linee guida vengano coinvolte le figure professionali che in prima persona operano nei settori oggetto delle raccomandazioni. Non a caso questa è la strada seguita nella stesura delle "Linee di Consenso per la Diagnosi e Terapia del DTC" attualmente in corso di elaborazione in Italia.

#### Bibliografia

1. Haugen BR, 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. Cooper DS, et al. 2009 Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* [2009, 19: 1167-214](#).
3. Verburg FA. Why the European Association of Nuclear Medicine has declined to endorse the 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* [2016, 43: 1001-5](#).
4. Gharib H, Papini E, Paschke R, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules: executive summary of recommendations. *Endocr Pract* [2010, 16: 468-75](#).