

TEMA BROJA

**Praćenje bolesnika nakon liječenja diferenciranog karcinoma štitnjače****Početo praćenje**

Nakon liječenja diferenciranog karcinoma štitnjače potrebno je bolesnika stratificirati u kategoriju rizika te ovisno o tome planirati razinu supresije TSH i praćenje.

**Ciljne vrijednosti TSH nakon liječenja diferenciranog karcinoma štitnjače**

Nakon liječenja diferenciranog karcinoma štitnjače s udaljenim metastazama indicirana je terapija koja suprimira TSH, budući da je utvrđeno kako ona doprinosi boljim ishodima liječenja tj. smanjuje mortalitet i učestalost progresije i/ili recidiva. Međutim, nema sigurnih dokaza o boljim ishodima liječenja kod bolesnika s diferenciranim karcinomom štitnjače niskog i srednjeg rizika ako je TSH suprimiran. Stoga potencijalne koristi dugotrajne supresije TSH treba odvagovati naspram negativnih učinaka ijtrogene supkliničke hipertireoze na kardiovaskularni sustav, metabolizam kosti i kvalitetu života.

**Stratifikacija rizika recidiva nakon liječenja diferenciranog karcinoma štitnjače i preporučene ciljne vrijednosti TSH tijekom tzv. početnog praćenja (vremena od završenog liječenja do prve kontrole)\***

Kategorija rizika (mogućnost recidiva, %)	Karakteristike	Ciljni TSH (mIU/L)
Visoki rizik (> 20 %)	<ul style="list-style-type: none"><li>– ekstratiroidno širenje</li><li>– nepotpuna kirurška resekcija</li><li>– udaljene metastaze</li><li>– limfni čvor &gt; 3 cm.</li></ul>	< 0,1
Srednji rizik (5-20 %)	<ul style="list-style-type: none"><li>– agresivna histologija</li><li>– minimalno ekstratiroidno širenje</li><li>– vaskularna invazija</li><li>– &gt; 5 zahvaćenih limfnih čvorova (0,2-3,0 cm).</li></ul>	0,1 – 0,5
Niski rizik (< 5 %) Bez radiojodne ablacije ili nakon radiojodne ablacije s niskom razinom tireoglobulina	<ul style="list-style-type: none"><li>– tumor &lt; 4 cm (unutar štitnjače)</li><li>– ≤ 5 mikrometastaza u limfne čvorove (&lt; 0,2 cm)</li></ul>	0,1 – 0,5
Niski rizik (< 5 %) Nakon radiojodne ablacije i s nemjerljivim tireoglobulinom		0,5 – 2
Lobektomija		0,5 – 2

\*ATA smjernice, prilagođeno prema referenci

**Dugoročno praćenje**

Nakon završenog liječenja diferenciranog karcinoma štitnjače bolesnicima se na kontrolama određuju tireoglobulin (Tg) i antitijela na tireoglobulin (anti Tg) radi procjene tzv. biokemijskog povrata bolesti. Radi procjene tzv. strukturnog povrata bolesti potrebno je učiniti UZV vrata i prema potrebi dijagnostičku scintigrafiju odnosno drugi slikovni prikaz.

**Kriteriji za tumačenje odgovora na liječenje**

Potpuna remisija (tzv. „excellent response“)	Remisija neodređena (tzv. „indeterminate“)	Biokemijski nepotpuna remisija	Strukturno nepotpuna remisija
bez kliničkih, biokemijskih ili strukturnih dokaza o bolesti	<ul style="list-style-type: none"><li>– Tg detektibilan, ali &lt; 1 ng/mL (ili stimulirani Tg &lt; 10 ng/mL)</li><li>– anti Tg stabilna ili u padu u odsutnosti strukturne bolesti</li><li>– nespecifični nalaz imaging metodama (blagi uptake u ležištu štitnjače na dg scintigrafiji)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– povišen Tg ≥ 1 ng/mL (ili stimulirani Tg ≥ 10 ng/mL)</li><li>– povećanje anti Tg u odsutnosti strukturne bolesti</li></ul>	ranije ili novootkrivene lokoregionalne ili udaljene metastaze

### Preporuke za praćenje biokemijskih parametara nakon liječenja diferenciranog karcinoma štitnjače

Inicijalno serumski Tg treba mjeriti svakih 6 – 12 mjeseci (pri čemu se ne prekida terapija levotiroksinom).

- bolesnici **niskog i srednjeg rizika u potpunoj remisiji** – interval kontrolnih mjerenja Tg se može produljiti na 12 – 24 mjeseca.
- bolesnici **visokog rizika** (neovisno o odgovoru na terapiju) i bolesnici s **biokemijski ili strukturno nepotpunom ili neodređenom remisijom** – nastavljamo mjeriti Tg najmanje svakih 6 – 12 mjeseci tijekom više godina.

### Preporuke za UZV vrata u praćenju bolesnika s diferenciranim karcinomom štitnjače

UZV vrata, s pregledom ležišta štitnjače i limfnih čvorova vrata, potrebno je učiniti 6 – 12 mjeseci nakon operacije i kasnije periodički, ovisno o riziku povrata bolesti i razini serumskog Tg.

- limfni čvorovi ultrazvučno sumnjivih karakteristika > 8 – 10 mm u najmanjem dijametru se punktiraju
- bolesnici **niskog rizika** nakon radiojodne ablacije i u potpunoj remisiji mogu se pratiti samo mjerenjem serumskog Tg (nije potrebno ponavljati UZV vrata).

### Preporuke za scintigrafiju u praćenju bolesnika s diferenciranim karcinomom štitnjače

Prvu dijagnostičku scintigrafiju potrebno je učiniti nakon radiojodne ablacije ili adjuvantne terapije.

Bolesnicima **niskog i srednjeg rizika u potpunoj remisiji** (nedetektibilan Tg na terapiji levotiroksinom uz negativna anti Tg i uredan ultrazvučni nalaz) **nije potrebno ponavljati scintigrafiju.**

Indikacije za **ponavljanje scintigrafije** tijekom praćenja:

- bolesnicima s **povišenim anti Tg** (zbog rizika lažno negativnog mjerenja Tg, čak i kada UZV vrata ne pokazuje suspektne promjene)
- bolesnicima **srednjeg i visokog rizika** – 6 – 12 mjeseci nakon adjuvantne radiojodne ablacije (zbog perzistirajuće bolesti), uz prethodno ustezanje levotiroksina ili uz rhTSH (rekombinantni TSH)
- bolesnicima s **abnormalnim nakupljanjem radiofarmaka izvan ležišta štitnjače** na scintigrafiji nakon liječenja
- bolesnicima sa slabo informativnom scintigrafijom zbog **ostatnog tkiva štitnjače u ležištu.**

### Preporučene ciljne vrijednosti TSH u dugoročnom praćenju ovisno o odgovoru na liječenje i rizične čimbenike u anamnezi:

Odgovor na terapiju / Rizični čimbenik u anamnezi	Potpuna remisija („excellent response“)	Remisija neodređena („indeterminate“)	Biokemijski nepotpuna remisija	Strukturno nepotpuna remisija
Nema rizičnog čimbenika	Bez supresije: TSH 0,5 – 2,0 mIU/L	Blaga supresija: TSH 0,1 – 0,5 mIU/L	Umjerena supresija: TSH < 0,1 mIU/L	Umjerena supresija: TSH < 0,1 mIU/L
Menopauza				
Osteopenija / tahikardija				
Dob > 60 godina				
Osteoporozna				
Fibrilacija atrijska				

Napomena: serumski TSH mjeriti barem jednom u 12 mjeseci u svih bolesnika na levotiroksinu.

Referenca: 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):1-133.

**Urednici biltena:** T. Škorić Polovina, M. Solak, I. D. Vodanović, D. Kaštelan, A. Novak

Ciljevi Hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ su provođenje neovisnih edukacijskih programa iz područja endokrinologije i dijabetologije, promicanje racionalnog dijagnostičkog i terapijskog pristupa u medicini te stručno i znanstveno povezivanje liječnika koji se bave endokrinologijom i dijabetologijom.

[www.hded.hr](http://www.hded.hr)