

Prospektywna ocena wskazań do leczenia ^{131}I u chorych na mikroraka brodawkowego tarczycy po niecałkowitej resekcji tarczycy w randomizowanym, jednośrodkowym badaniu klinicznym.

Słowa kluczowe: mikrorak brodawkowy tarczycy; niecałkowita resekcja tarczycy; leczenie ^{131}I ; doskonała odpowiedź na leczenie; BIPQ;

Wstęp: Opierając się na krajowym rejestrze nowotworów możemy zauważyć, że w populacji polskiej w latach 1980-2010 zaobserwowano ponad 3-krotny wzrost występowania raka tarczycy a w przypadku kobiet wzrost ten wynosił niemal 700% w ciągu 30 lat. Jednocześnie umieralność na raka tarczycy w Polsce w okresie od roku 1980 do 2010 w stosunku do innych nowotworów zmniejszyła się o połowę w grupie kobiet oraz całości populacji i uległa 25% spadkowi w grupie mężczyzn. Pojawiają się opinie, że wzrost rozpoznawanych raków tarczycy ma swoje przyczyny również w zwiększeniu liczby programów przesiewowych prowadzących do wykrywania zmian, które w dalszym swoim przebiegu nie prowadziłyby do objawowej choroby lub śmierci chorego, jak również ze zwiększonej zachorowalności na raka tarczycy. Z uwagi na fakt, że zmiany ogniskowe przekraczające 10 mm są najczęściej rozpoznawane podczas przedoperacyjnej biopsji to PTMC rozpoznawane stanowią główną część rozpoznawanych na podstawie pooperacyjnego badania histopatologicznego raków tarczycy, których ilość według niektórych autorów może dochodzić do 36%. Kontrola chorego po operacji niecałkowitego wycięcia tarczycy nie jest równie łatwa, jak chorego po całkowitym wycięciu tarczycy i leczeniu radiojodem. U chorych tych mamy do czynienia z podwyższonym i niestabilnym stężeniem tyreoglobuliny oraz brakiem możliwości wykonania scyntygrafii ^{131}I o wystarczającej wartości diagnostycznej.

Cel pracy: Głównym celem niniejszej pracy jest randomizowane badanie prospektywne dla oceny bezpieczeństwa rezygnacji z pooperacyjnego leczenia radiojodem oraz uzyskania odpowiedzi, jak często i kiedy chorzy na mikroraka brodawkowego tarczycy, którzy zostali poddani operacji tarczycy bez pooperacyjnego leczenia ^{131}I , mogą osiągnąć doskonałą odpowiedź na leczenie w ocenie obrazowej, scyntygraficznej i biochemicznej według kryteriów ATA 2015 w porównaniu do grupy leczonej ^{131}I .

Material i metody: Do badania włączono 117 chorych diagnozowanych w ZMNiEO w okresie od 2004 do 2008 roku z rozpoznaniem raka brodawkowego tarczycy o wymiarze nie przekraczającym wielkości 1 centymetra i ograniczonym do tarczycy po operacji niecałkowitego wycięcia tarczycy z pozostawionym utkaniem tarczycy o objętości

przekraczającej 2 mililitry. Chorych podzielono losowo na 2 grupy z których jedną poddano leczeniu ^{131}I , a 2 grupę nazywaną dalej „badaną” pozostawiono bez leczenia. W obu grupach przeprowadzono ocenę po ponad 12 miesiącach w warunkach odstawienia L-tyroksyny, w czasie której wykonano scyntyografię diagnostyczną po podaniu radiojodu, a następnie poddano obserwacji. W obu grupach porównano punkty końcowe którymi było osiągnięcie doskonałej odpowiedzi na zastosowane leczenie, przy czym kryteria tej odpowiedzi były różne dla obu grup. Dla leczonej grupy zgodnie z wytycznymi ATA przyjęto stężenie tyreoglobuliny poniżej 1 ng/ml w warunkach stymulacji lub 0,2ng/ml w warunkach supresji przy nieoznaczalnym stężeniu przeciwciał przeciwko tyreoglobulinie, natomiast dla grupy kontrolnej kryterium doskonałej odpowiedzi biochemicznej było podobnie jak w przypadku chorych po wycięciu pojedynczego płata tarczycy osiągnięcie stężenia tyreoglobuliny poniżej 30 ng/ml. Dodatkowo w obu grupach oceniono u chorych poczucie własnej choroby w oparciu o ankietę BIPQ.

Wyniki: W grupie leczonej w ocenie w warunkach odstawienia L-tyroksyny obserwowano u 45,6% doskonałą odpowiedź scyntygraficzną, a 80% chorych w grupie leczonej spełniało kryteria skutecznej ablacji pozostawionego utkania tarczycy. W obu grupach nie stwierdzono w badaniach obrazowych żadnej wznowy miejscowej. W grupie leczonej stwierdzono istotny spadek wartości tyreoglobuliny w warunkach odstawienia LT4 do wartości średnio 0,88 ng/ml wobec 15,11 ng/ml dla grupy badanej. Czas potrzebny na uzyskanie doskonałej odpowiedzi biochemicznej u chorych leczonych średnio wynosił 29,1 miesiąca wobec 5,5 miesiąca w grupie badanej (mediana odpowiednio 15 miesięcy i 2,5 miesiąca). U jednej chorej w grupie badanej rozpoznano nawrót choroby pod postacią przerzutów do płuc i został on rozpoznany na podstawie narastającego stężenia tyreoglobuliny. W przeprowadzonej ankiecie BIPQ dotyczącej postrzegania choroby nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą leczoną a badaną.

Wniosek: Odstąpienie od leczenia uzupełniającego ^{131}I w przypadku pojedynczego ogniska mikroraka bez innych czynników ryzyka u chorych po niecałkowitym wycięciu tarczycy jest optymalnym postępowaniem, bezpiecznym dla chorego i szybciej przynoszącym doskonałą odpowiedź biochemiczną na leczenie, a tym samym korzystną zmianę jakości życia.