



H. Dralle

Universitätsklinikum Essen AöR, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Essen, Deutschland

## Totale Thyreoidektomie ohne Radiojodablation beim Niedrig-risikoschilddrüsenkarzinom

### Originalpublikation

Janovsky CC, Maciel RM, Camacho CP et al (2016) A prospective study showing an excellent response of patients with low-risk differentiated thyroid cancer who did not undergo radioiodine remnant ablation after total thyroidectomy. *Eur Thyroid J* 2016(5):44–49

**Hintergrund und Fragestellung.** Die in den zurückliegenden 2 Jahrzehnten in Asien, Amerika und Europa beobachtete Zunahme kleiner intrathyreoidaler, meist papillärer Schilddrüsenkarzinome (PTC) mit sehr niedrigem Rezidivrisiko hat in den letzten Jahren zu einem Umdenken in der Therapie dieser Karzinome geführt. Die potenziellen therapieassoziierten Risiken der totalen Thyreoidektomie (TT; Stimmlippenparese und insbesondere Hypoparathyreoidismus) und der postoperativen Radiojodablation (PORJA; Sialadenitis; Zweitmalignome) werden bei Niedrigrisiko („low risk“-Schilddrüsenkarzinomen (LRTC) in ihrer Gesamtheit höher eingeschätzt als die karzinombedingten Risiken, sodass verschiedene Konzepte zur Reduktion des Behandlungsausmaßes diskutiert werden (Hemithyreoidektomie oder sogar alleinige Beobachtung; Dosisreduktion oder keine PORJA). Die vorliegende, erstmals prospektiv konzipierte Studie zur Frage der PORJA beim LRTC sollte klären, ob die Nichtdurchführung einer PORJA die Rezidivrate im Langzeitverlauf negativ beeinflusst.

**Material und Methoden.** Es handelt sich um eine prospektive kontrollierte, retro-

spektiv ausgewertete Analyse von 57 Patienten mit präoperativ punktionszytologisch nachgewiesenem LRTC, bei denen eine TT ohne Lymphknotendissektion und ohne PORJA durchgeführt wurde. Eine Kontrollgruppe existiert nicht. Die Nachbeobachtungszeit betrug 3 bis 7 Jahre. Alle Patienten wurden postoperativ (3, 6, 18, 24 Monate, dann jährlich) nachkontrolliert (Halssonographie; Thyreoglobulinbestimmung ohne und mit rekombinierter TSH-Stimulation; Radiojodscan mit 3–5 mCi <sup>123</sup>Jod 6 und 24 Monate postoperativ).

**Ergebnisse.** Insgesamt 24 Patienten (42 %) hatten ein PTC < 1 cm, 25 Patienten (44 %) 1–2 cm und 8 Patienten (14 %) ein PTC > 2 cm; 1 Patient hatte ein minimal-invasives follikuläres Karzinom (MIFTC); 21 Patienten (37 %) hatten multifokale Tumoren.

Bei keinem Patienten wurde ein strukturelles Rezidiv im Halsbereich nachgewiesen. Ohne Radiojodablation bzw. -therapie sank nach 24 Monaten postoperativ der stimulierte Thyreoglobulinspiegel im Vergleich zu 6 Monate postoperativ spontan von 2,89 ng/ml auf 0,86 ng/ml, der Radiojod-Uptake im Schilddrüsenbett von 1,82 % auf 0,72 %.

**Diskussion.** Die Studie hat zwar nicht unerhebliche Mängel (z. B. keine Kontrollgruppe; keine Angabe der mittleren Nachbeobachtungszeit; kleine Fallzahl mit maximal 7-jähriger Nachkontrolle), sie zeigt jedoch, dass nicht nur bei papillären Mikrokarzinomen, sondern auch bei nichtmetastasiertem intra-

thyreoidalen PTC > 1 cm ohne PORJA eine suffiziente Tumornachsorge durchgeführt werden kann, und das Risiko eines strukturellen Rezidivs sehr gering ist, in der vorliegenden Studie lag es bei null.

**Fazit.** Die Studie wird aufgrund ihres prospektiven Designs international als Bestätigung des Trends zur Therapie-minimierung beim LRTC gewertet. Die Limitationen der Studie und die noch immer nicht eindeutig geklärte, therapeutisch im Einzelfall gesichert anwendbare Definition des „Low-risik“-Karzinoms, das nach der neuen Klassifikation der American Thyroid Association auch PTC mit ≤5 Mikrolymphknotenmetastasen und MIFTC mit <4 Gefäßinvasionen einschließt, sprechen gegenwärtig noch gegen eine generelle Empfehlung zur Nichtdurchführung einer PORJA beim LRTC. Inwieweit im Einzelfall der Verzicht auf eine PORJA gerechtfertigt ist, sollte interdisziplinär entschieden werden.

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. H. Dralle, FRCS, FACS, FEBS**

Universitätsklinikum Essen AöR, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie  
 Hufelandstraße 55, 45147 Essen, Deutschland  
 henning.dralle@uk-essen.de

**Interessenkonflikt.** H. Dralle gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.