

Tab. 1. Vstupní stratifikace rizika dle ATA

Nízké riziko	Střední riziko	Vysoké riziko
Papilární karcinom splňující následující:	Pokud přítomno cokoliv z následujících:	Pokud přítomno cokoliv z následujících:
Nepřítomnost distančních metastáz	Invaze do perityroidálních měkkých tkání	Makroskopická invaze tumoru
Totální makroskopická resekce tumoru	Postižení krčních uzlin, nebo RAI avidní ložiska na krku dle posterapeutické scintigrafie	Nekompletní resekce s rozsáhlým reziduem
Nepřítomnost invaze do lokoregionálních tkání	Agresivní histologie (onkocytární, insulární atd.)	Distanční metastázy
Tumor nevykazuje agresivní histologické známky	Vaskulární invaze	Pooperační thyreoglobulin svědčící pro distanční metastázy
Nepřítomnost vaskulární invaze	cN1 nebo pN1 s více než 5 metastatickými uzlinami (> 0,2 cm, ale < 3 cm)	pN1 s alespoň jednou uzlinou > 3 cm
RAI-131 se na posterapeutické scintigrafii (pokud je prováděna) nevykazuje jinde než v lůžku štítné žlázy	Multifokální papilární mikrokarcinom s extratyroidálním šířením s BRAFV600 mutací	Folikulární karcinom s extenzivní vaskulární invazí
cN0 nebo pN1 s 5 či méně mikrometastatickými uzlinami (< 0,2 cm)		
Intratyroidální opouzdřená folikulární varianta papilárního karcinomu		
Intratyroidální folikulární karcinom s kapsulární invazí, ale bez vaskulární invaze		
Intratyroidální mikrokarcinom (solitární či multifokální), včetně BRAFV600 mutovaných		

Tab. 2. Klasifikace léčebné odpovědi

Výsledky	Charakteristika
Výborný	Žádné známky choroby (klinická, biochemická, zobrazovací)
Biochemicky neúplný	Abnormální Tg nebo stoupající protilátky bez přítomnosti zobrazitelného nádoru
Strukturálně neúplný	Přetrvávající nebo nové lokoregionální či vzdálené metastázy
Neurčitý	Nespecifické biochemické nebo zobrazovací nálezy, které nemohou být jasně klasifikovány jako benigní nebo maligní; sem patří nemocní se stabilní nebo klesající hladinou protilátek

TSH nebývá vždy snadné. V potaz musíme vzít i další faktory ovlivňující léčbu, mezi které patří například biologická dostupnost levothyroxinu, lékové interakce a nezanedbatelná může být také nonkompliance pacienta. Zvláštní postavení zaujímají mikrokarcinomy štítné žlázy (< 10 mm v největším rozměru), které jsou se zdokonalujícími se zobrazovacími metodami stále častějším problémem. I u mikrokarcinomů je vhodná iniciační stratifikace dle ATA, naprostá většina z nich připadne do kategorie nízkého rizika. V takovém případě je léčbou volby většinou lobektomie či totální thyreoidektomie bez následného podání radiojódů a TSH lze udržovat nesuprimované v dolní polovině fyziologického rozmezí.

Tab. 3. Cílová suprese TSH dle léčebné odpovědi a rizikových faktorů pacienta

Riziko suprese TSH	Výsledek léčby karcinomu			
	Výborný	Neurčitý	Biochemicky neúplný	Strukturálně neúplný
Bez rizika				
Menopauza				
Tachykardie				
Osteopenie				
Věk > 60				
Osteoporóza				
Fibrilace síní				

TSH 0,5–2	TSH 0,1–0,5	TSH < 0,1
-----------	-------------	-----------

ve dvou krocích. Prvním z nich je zahájení terapie dle iniciačního rizika (Tab. 1) a druhým je vedení dlouhodobé terapie dle léčebné odpovědi (Tab. 2). V obou krocích máme k dispozici doporučené postupy (2), které nám pomohou se stratifikací pacientů do jednotlivých rizikových skupin a poměrně jasně určí cílové TSH v dané situaci (Tab. 3). Doporučené postupy byly vypracovány na podkladě konsenzu odborníků, síla důkazů vyjma pacientů s vysokým rizikem není příliš velká, a proto i tyto doporučené postupy dávají v některých situacích prostor pro individuální přístup. Terapii typicky zahajujeme supresní dávkou 2–2,2 µg/kg, kterou pak dále upravujeme dle kontrolních hodnot TSH. Dosáhnout stabilní cílové hladiny

Závěr

Přestože je supresní terapie levothyroxinem v klinické praxi používána již přes 80 let, chybí přesvědčivé důkazy o jejím vlivu na přežití u pacientů s DTC s nízkým a středním rizikem, u pacientů s vysokým rizikem. Naproti tomu u pacientů s vysokým rizikem je její role v pooperačním managementu zcela jistě nesporná. S ohledem na potenciální komplikace této léčby je o to důležitější vstupní stratifikace pacientů s DTC a následně uvažovaná indikace supresní terapie. Pokud je indikována, pak by měl být při následném sledování pacienta kladen důraz na časté a precizní přehodnocování léčebné odpovědi se snahou o maximální možnou redukci