

samenvatting richtlijn schildkliercarcinoom

Datum goedkeuring richtlijn:

februari 2015 | versie 2.0

Verantwoording: richtlijnwerkgroep
Schildkliercarcinoom

Het is gewenst dat u als zorgverlener
deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest
recente versie van de richtlijn op:
www.oncoline.nl/schildkliercarcinoom

schildkliercarcinoom

Epidemiologie

- Schildkliercarcinoom is zeldzaam.
- Incidentie neemt toe in Nederland, van 356 in 2001 tot 611 in 2011.
- Prevalentie is hoog en toegenomen van 2988 in 2007 naar 3821 in 2012.

Diagnostiek

Pathologie

- Verslaglegging FNA volgens het Bethesda-systeem.
- Verslaglegging resectie volgens een standaardverslag (zie kader).

Beeldvorming

- FNAC bij een palpabele nodus en deze echogeleid uitvoeren.
- Geen scintigrafie met ¹³¹I, ¹²³I of Tc-^{99m}-pertechnetaat voor primaire diagnostiek palpabele nodus.
- Geen routinematige nadere diagnostiek bij een schildklierincidentaaloem op echo, CT of MRI.
- FNAC van de laesie bij een FDG-PET/(CT) schildklierincidentaaloem (tenzij klinisch niet relevant vanwege de overige morbiditeit van de patiënt).

Behandeling

Chirurgische behandeling

- Unifocaal papillair schildkliercarcinoom <1 cm, zonder aanwijzingen voor lymfekliermetastasen: hemithyreoidectomie.
- Na niet-radical resectie, een multifocaal papillair carcinoom in het hemithyreoidectomie preparaat of verhoogde kans op een schildkliermaligniteit in de contralaterale schildklierkwab: totale thyreoïdectomie gevolgd door ¹³¹I.
- Minimaal invasief folliculair schildkliercarcinoom: totale thyreoïdectomie gevolgd door ¹³¹I ablatie. Weeg de patiëntenvoorkeur mee in de therapiekeuze.
- Bij schildkliercarcinoom zonder preoperatieve aanwijzingen voor lymfekliermetastasen: geen electieve halsklierdissectie.

schilddriercarcinoom

- Aangetoonde metastasen van een schilddriercarcinoom > 1 cm: chirurgisch verwijderen. Bij voorkeur selectieve halsklierdissectie van levels IIa, III, IV, Vb en VI i.p.v. resectie van uitsluitend de macroscopisch aangedane klieren ('lymph node picking').
- Geen schildwachtklierbiopsie verrichten (buiten studieverband).

Pre-ablatiescintigram

- Pre-ablatiescintigrafie na totale thyreoïdectomie maken o.b.v. lokale afwegingen.
- Hiervoor 123I of een lage dosering 131I (<75 MBq ofwel <2 mCi) met SPECT/CT gebruiken.

Dosis 131I na thyreoïdectomie

- Unifocaal T1-2 folliculair of klassiek papillair schilddriercarcinoom waarvoor totale thyreoïdectomie, zonder lymfekliermetastasen in situ na de operatie, geen extranodale groei in eventueel verwijderde lymfekliermetastasen en geen afstandsmetastasen[⊗]: 1,1 GBq 131I voor ablatie i.p.v. 3,7 GBq.

Stimulatie met recombinant humaan TSH versus onttrekking

- [⊗] Bij deze patiëntengroep kan ablatie zowel na stimulatie met rhTSH als na 'onttrekken'.
- Multifocale tumoren, T3-4 tumoren, achtergebleven tumor, andere histologie dan folliculair of klassiek papillair schilddriercarcinoom, lymfekliermetastasen in situ na operatie, extranodale groei in verwijderde lymfekliermetastasen of afstandsmetastasen: ablatietherapie na 'onttrekken' (tenzij hypothyroïdie slecht verdragen wordt).

TSH-suppressie

- Weeg bij elke patiënt de mogelijke voor- en nadelen van TSH-suppressie af.

Streefwaarden TSH:

- Persistentere ziekte: TSH < 0.1 mU/L.
- Initieel laag risico en curatie na evaluatie van initiële therapie: TSH tussen onderste referentiewaarde en 2 mU/L. Initieel hoog risico en curatie na evaluatie van initiële therapie: TSH gedurende 2 jaar <0.5 mU/L, daarna indien persistentere gecureerd TSH tussen onderste referentiewaarde en 2 mU/L.
- Biochemisch geen curatie of indien curatie niet vast te stellen (pos Tg as), zonder aantoonbare ziekte: TSH < 0.1 mU/L. Streefwaarde gedurende follow-up op individuele basis evalueren.

criteria standaardverslag

Vermeld de volgende criteria in het pathologieverslag van schilddriercarcinectomie:

- aard ingreep (totale-, subtotale-, hemithyreoïdectomie)
- plaats tumor
- tumortype WHO (subtyperen)
- grootste diameter tumor in mm. Diameter grootste nodus bij multifocaliteit
- kapselinvasie? Zo ja: minimaal/focaal of uitgebreid?
- angio-invasie in kapselvaten? Zo ja, hoeveel vaten?
- uitbreiding buiten de schildklier? Zo ja: minimaal of extensief?
- resectieranden vrij?
- tumor multifocaliteit
- belangrijke pathologie buiten het schilddriercarcinoom (adenoom, hyperplasie, thyreoïditis)
- aantal, aspect en lokalisatie van bijschildklier(en) indien aanwezig
- aantal lymfeklieren en lymfeklierstatus (per level), indien van toepassing
- indien metastase: afmeting van de grootste metastase en eventuele aanwezigheid van extranodale uitbreiding

Cryopreservatie

- Cryopreservatie van semen voor mannen met (mogelijke) kinderwens zo spoedig mogelijk na stellen diagnose en voorafgaand aan eerste dosis ¹³¹I.

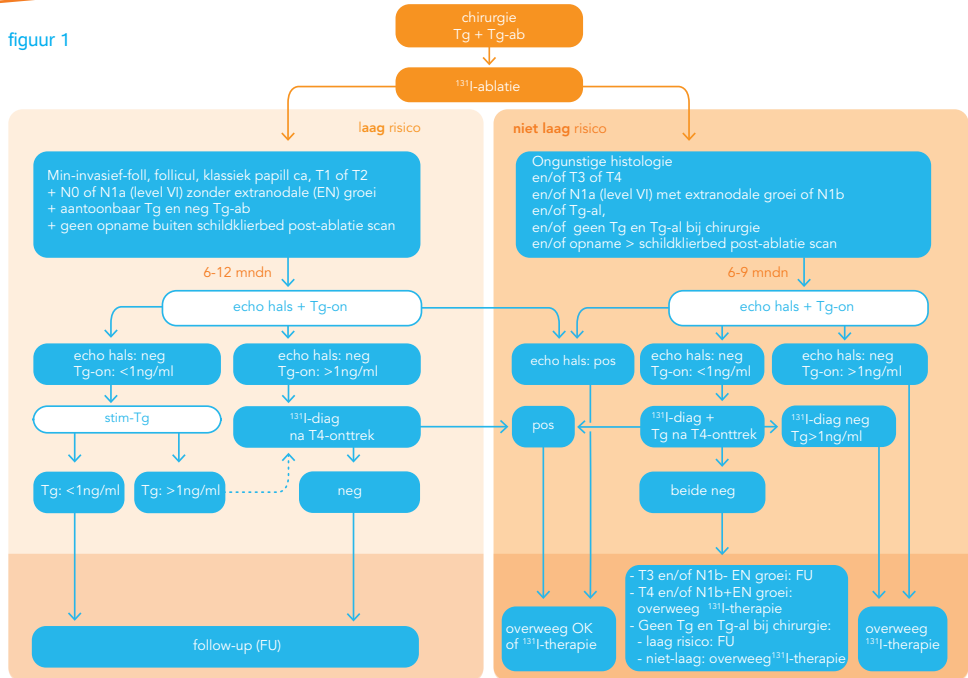
Follow-up

- Alle patiënten worden geclassificeerd in een laag-risico en een niet-laag-risico groep (zie figuur 1).

Organisatie van zorg

- Afstemming van diagnostiek, behandeling en follow-up vindt plaats in het multidisciplinair overleg.
- Iedere patiënt betrekken bij de besluitvorming.
- Een individueel nazorgplan maken voor elke patiënt.

figuur 1



Alle patiënten in Nederland hebben recht op de best mogelijke zorg tijdens en na hun behandeling. Samen met u geeft IKNL invulling aan de integrale aanpak en continue verbetering van de oncologische en palliatieve richtlijnen. Extra kaarten zijn te bestellen via www.iknl.nl