

Behandlungsrichtlinie/ Nachsorgeschema Schilddrüsenmalignom KSW

Zeit post OP bzw. Post RIT	Initiale Risikogruppe		
	Very low risk	Low risk	Intermediate- High risk
Initiales Staging	T1a (<=1 cm, unifocal), N0Mo	T1b, T2 (> 1 cm, < 4 cm) oder T1a multifocal (m), N0-N1, M0, histologisch gut differenziert ³	T3 (≥ 4 cm), T4, alle N, alle M, histologisch ungünstige Differenzierung
Chirurgisches Vorgehen	Hemithyreoidektomie	Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie (ohne RIT)	Thyreoidektomie
4-6 Wochen post OP	Keine Radiojodtherapie	(Low dose) Radioiodtherapie nicht zwingend empfohlen, individueller Entscheid ⁴	Ablative (high dose) Radiojodtherapie
6 Wochen post OP bzw. Post RIT	TSH (ggf. Hausarzt)	TSH (ggf. Hausarzt)	TSH (ggf. Hausarzt)
TSH Zielbereich ¹	0.5 - 2.0 mIU/l	0.5 - 2.0 mIU/l	0.05 - 0.1 mIU/l
3 Monate post OP bzw. Post RIT	/	(TNS)	TNS
6 Monate post OP bzw. Post RIT	(TNS) ²	TNS (bei Radiojodtherapie stimuliertes TG, 123-I Szinti)	TNS, stimuliertes TG, 123-I Szinti
TSH Zielbereich ¹	0.5 - 2.0 mIU/l	0.5 - 2.0 mIU/l	0.05 - 0.1 mIU/l
12 Monate post OP bzw. Post RIT	TNS ²	TNS ²	TNS ²
TSH Zielbereich ¹	0.5 - 2.0 mIU/l	0.5 - 2.0 mIU/l	0.05 - 0.1 mIU/l
Jahr 1.5	/	TNS ²	TNS ²
Jahr 2	(TNS) ²	TNS ²	TNS ²
TSH Zielbereich ¹	0.5 - 2.0 mIU/l	0.5 - 2.0 mIU/l	0.05 - 0.1 mIU/l
Jahr 2.5	/	/	TNS ²
Jahr 3	(TNS) ²	TNS ²	TNS ²
Jahr 3.5	/	/	TNS ²
Jahr 4	(TNS) ²	TNS ²	TNS ²
Jahr 4.5	/	/	TNS ²
Jahr 5	(TNS) ²	TNS ²	TNS, ggf. Re-evaluation (stim. TG)
TSH Zielbereich ¹	0.5 - 2.0 mIU/l	0.5 - 2.0 mIU/l	0.5 - 2.0 mIU/l
Jahr 6 etc. (lebenslang, ggf Stopp nach 10 Jahre)	/	TNS ² jährlich od. 2-jährlich	TNS ² jährlich

¹tiefer TSH Zielwerte bei Krankheitsaktivität (z.B. TSH 0.01 - 0.1mIU/L); geringere TSH Suppression bei Comorbidität (z.B. kardial), hohes Alter.

²TNS: Tumornachsorgeuntersuchung: Klinik, Sono, TSH, ft4, T3, TG, TG-AK; Kontrolle nach 6 Wo und ab 12 Mo post OP/RIT alternierend mit niedergelassenen endokrinologischen Kollegen möglich.

³Low risk definition gemäss ATA (2016): ohne Fernmetastasen, ohne regionale Tumorinfiltration oder Gewebedestruktion, klinisch N0 oder <5 Mikrometastasen (N1) <0,2 cm; Intrathyroidales, gut differenziertes follikuläres Schilddrüsenkarzinom mit Kapselinfiltration und <4 Gefässinfiltration

⁴Individuelles Abwägen der Risiken (Zähne, Speicheldrüsen, nicht einsetzbar in Schwangerschaft, Risiko für Zweitumoren) und des möglichen Benefits (höhere Sicherheit durch bessere Nachsorge mittels Thyreoglobulin, Behandlung von unerkannten LK Metastasen), sowie der Patientensituation (Alter, Komorbidität), Patientenwunsch und Tumorsituation (initiale Grösse und Ausdehnung)

Quelle: Thyroid, Volume 26, 2016/ Eur J Endocrinol. 2006 Jun;154(6):787-803.