



Schilddrüsenkarzinom

(Vorgehen bei sehr niedrigem bis niedrigem Rezidivrisiko)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wurde folgende histologische Diagnose festgestellt:

- papilläres Schilddrüsenkarzinom mit einem Tumordurchmesser bis 1,0 cm (pT1a), klinisch ohne Lymphknotenmetastasen (cN0) und ohne Hinweis auf Fernmetastasen (M0)
- minimal invasives, follikuläres Schilddrüsenkarzinom mit Infiltration der Tumorkapsel, aber ohne Gefäßeinbruch (V0), alle Tumordurchmesser

Bei diesen so genannten „sehr niedrigen“ Risikokonstellationen liegt die Wahrscheinlichkeit eines Wiederauftretens des Schilddrüsenkarzinoms (= Rezidiv) ohne ablative Radioiodtherapie (Beseitigung der Restschilddrüse durch eine Radioiodtherapie) bereits unter 5 %, d. h. die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Heilung beträgt über 95 %. Eine Radioiodtherapie wird beim kleinen papillären Schilddrüsenkarzinom bis 1,0 cm Durchmesser mit sehr niedrigem Rezidivrisiko in den Leitlinien nicht gefordert.

Bei folgenden Begleitbefunden eines kleinen papillären Karzinoms liegt das Rezidivrisiko bzw. das Risiko für Lymphknoten- oder Lungenmetastasen etwas höher, ist aber insgesamt immer noch als „niedrig“ zu bewerten:

- Mehrere Tumorherde (Multifokalität)
- Tumordurchmesser 6 bis 10 mm
- Infiltration der Schilddrüsenkapsel oder unmittelbare Nähe zur Schilddrüsenkapsel
- Infiltratives Tumorwachstum
- Lymphangiosis carcinomatosa (L1) innerhalb des entfernten Schilddrüsenlappens
- Umgebende desmoplastische Reaktion
- Variante des papillären Schilddrüsenkarzinoms, außer der follikulären Variante
- BRAF V600E Mutation
- Familiarität mit ≥ 3 betroffenen Familienmitgliedern
- Frühere Strahlentherapie der Halsweichteile
- Suspekter Schilddrüsenknoten bereits vor der Operation festgestellt
- Gefäßeinbruch (V1)

Liegen einer oder mehrere solcher zusätzlichen Risikofaktoren vor, soll über eine mögliche Radioiodtherapie leitliniengemäß für jeden Patienten individuell entschieden werden. Im Falle einer Radioiodtherapie werden die Reste des normalen Schilddrüsengewebes, die nach Operation fast immer verbleiben, beseitigt. Mit einer Radioiodtherapie sollen zudem evtl. vorhandene Mikrometastasen – nicht sichtbar mit bildgebenden Verfahren – ausgeschaltet werden. Am Entlassungstag nach ablativer Radioiodtherapie besteht das Posttherapie-Szintigramm aus einer Ganzkörperdarstellung mit dem Ziel, Radioiod-speichernde Lymphknoten- oder Fernmetastasen auszuschließen. Für den Fall, dass sich unerwartet Radioiod-speichernde Metastasen darstellen sollten, müssen die weitere Behandlung und die Nachsorge individuell geändert werden.

Auch bei dem minimal invasiven, follikulären Schilddrüsenkarzinom ohne Gefäßeinbruch soll im Falle einer Entfernung beider Schilddrüsenlappen über eine mögliche Radioiodtherapie leitliniengemäß für jeden Patienten individuell entschieden werden. Die begrenzten Daten aus Beobachtungsstudien legen nahe, dass Radioiod-speichernde Lymphknoten- oder Fernmetastasen gelegentlich vorkommen.

Ein zweiter Grund für eine ggf. durchzuführende ablative Radioiodtherapie des Restschilddrüsengewebes besteht in der Sicherheit und Vereinfachung der Nachsorge. Die Nachsorge bei Niedrig-Risiko-Konstellation umfasst hauptsächlich die Ultraschalluntersuchung des Halses und die Bestimmung eines speziellen Tumormarkers für Schilddrüsenkarzinome, das Thyreoglobulin (TG). Bei vollständiger Heilung und nach vollständiger Beseitigung der Restschilddrüse durch Radioiodtherapie ist TG im Blut nicht mehr nachweisbar. Bei noch vorhandener kleiner Restschilddrüse (ohne Radioiodtherapie) wird weiterhin normales TG produziert. Dann ist TG



Schilddrüsenkarzinom

(Vorgehen bei sehr niedrigem bis niedrigem Rezidivrisiko)

im niedrig-normalen Bereich noch messbar, was die Bedeutung des Tumormarkers TG in der Verlaufskontrolle einschränken kann.

In der lebenslangen Verlaufskontrolle (5 Jahre lang 2 x pro Jahr und anschließend 1 x pro Jahr) spielt TG auch bei unkompliziertem Verlauf eine entscheidende Rolle: Bei nicht messbarem TG ist man sich praktisch sicher, dass die Tumorerkrankung nicht erneut (versteckt) aufgetreten ist oder fortbesteht. Im Gegensatz dazu findet man bei nicht durchgeführter ablativer Radioiodtherapie der Restschilddrüse messbare TG-Werte, die im Verlauf zu gewissen Unsicherheiten führen können. Dies betrifft die Tatsache, dass messtechnisch bedingt TG-Schwankungen auftreten können, die ggf. verunsichern und schwer zuzuordnen sind.

Die Ablation der Restschilddrüse auch bei einer Niedrig-Risiko-Konstellation beim differenzierten Schilddrüsenkarzinom hat also mehrere Vorteile:

- Beseitigung der Restschilddrüse (mit ggf. vorhandenen weiteren kleinen Tumorherden).
- Im Posttherapie-Szintigramm ggf. Feststellung Radioiod-speichernder Metastasen.
- Vereinfachung der Nachsorge, da bei nicht messbarem TG-Wert im Verlauf ein Neuauftreten oder Persistieren der Erkrankung nahezu mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Diese Vorteile sind gegen mögliche ungünstige Begleiteffekte der Radioiodtherapie abzuwägen, die vollständig in unserer Patienteninformation und Einverständniserklärung zur Radioiodtherapie beim Schilddrüsenkarzinom dargelegt sind. Konnte das Schilddrüsengewebe operativ weitestgehend entfernt werden, wird eine vergleichsweise niedrige Therapieaktivität für Radioiod gewählt. Das vermindert die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen erheblich. Dennoch sind eine (vorübergehende) schmerzhafte Schwellung der Speicheldrüsen, eine (vorübergehende) Mundtrockenheit, eine (vorübergehende) Geschmacksstörung, eine vermehrte Neigung zu Karies im Falle einer Mundtrockenheit, trockene Augen oder ein Tränenträufeln durch Verlegung des Tränenkanals (operative Beseitigung) als mögliche Nebenwirkungen zu nennen. Bei den hier benutzten Aktivitäten/ Radioioddosen findet sich kein statistisch erhöhtes Risiko für Krebs oder Leukämie und keine erhöhte Missbildungsrate bei späterer Schwangerschaft.

Die Radioiodtherapie bedarf entweder einer etwa zweiwöchigen Vorlaufzeit nach der Operation ohne Schilddrüsenhormon-Medikation oder einer zweimaligen Injektion von rhTSH (Thyrogen®). Nach einer Radioiodtherapie ist eine Schwangerschaft für 6 bis 12 Monate zu vermeiden.

Der zuständige Arzt wird über Ihre Erkrankung mit Ihnen sprechen, damit Sie entscheiden können, ob bei einer relativen Indikation bei Ihnen eine ablative Radioiodtherapie zur Beseitigung der Restschilddrüse durchgeführt werden soll.

Vermerke zum Patientengespräch:
