

Arbeitsgruppe Schilddrüse und Endokrinologie

Österreichische Gesellschaft für Nuklearmedizin

Wolfgang Buchinger, Alexander Becherer, Karl Dam, Margit Hatzl-Griesenhofer, Ewald Kresnik, Christian Pirich, Sigrid Ramschak-Schwarzer, Michael Weissel, Wolfgang Zechmann, Georg Zettinig

Nachsorge des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms nach chirurgischer (Thyreoidektomie) und nuklearmedizinischer (Radiojodelimination) Therapie

Monat 3

Schilddrüsenfunktionsbestimmung zur Überprüfung der TSH-suppressiven Thyroxintherapie, Thyreoglobulinbestimmung, Sonographie des Schilddrüsenbettes und der Halsweichteile.

Monat 6

Jodganzkörperszintigraphie und Thyreoglobulinbestimmung unter Stimulation mit rekombinantem humanen TSH, Funktionsbestimmung, Sonographie des Schilddrüsenbettes und der Halsweichteile.

In weiterer Folge in halbjährigen Abständen Sonographie des Schilddrüsenbettes und der Halsweichteile, Thyreoglobulinbestimmung und Schilddrüsenfunktionsbestimmung unter Thyroxinmedikation bis zum Ende des 5. Jahres der Nachsorge.

Anschließend jährliche Untersuchungen im gleichen Umfang.

Bei high risk Patienten nach 7 Jahren Durchführung einer Jodganzkörperszintigraphie und Thyreoglobulinbestimmung unter Stimulation mit rekombinantem humanen TSH, Funktionsbestimmung, Sonographie des Schilddrüsenbettes und der Halsweichteile.

Bei Verdacht auf Rezidiv oder Metastasierung umgehende weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

Alle Patienten erhalten rekombinantes humanes TSH entsprechend dem bekannten Protokoll. Aus der Literatur ist ersichtlich, dass rekombinantes humanes TSH vergleichbare Ergebnisse bringt wie die endogene TSH-Stimulation. Nebenwirkungen sind gering, selten und transient. Vorsicht ist geboten bei bekannter Metastasierung (ossär, pulmonal, zerebral). Hier muss die Untersuchung im stationären Bereich unter Kortison-Schutz durchgeführt werden bzw. die Suppressionstherapie abgesetzt werden.

Risikostratifizierung:

very low risk: unifokales papilläres Mikrokarzinom (T1a, Tumorausdehnung \leq 1 cm, auf die Schilddrüse beschränkt, kein Hinweis auf Lymphknotenmetastasierung)

low risk: Tumorausdehnung $>$ 1-2 cm (T1b) ohne Hinweise auf Lymphknoten- oder Fernmetastasen (N0M0) oder T2N0M0 oder multifokal T1N0M0 oder unifokales papilläres Mikrokarzinom mit Mikrometastasen der paratrachealen Lymphknoten (T1aN1a)

high risk: alle T3 und T4 oder alle T, N1 oder jedes M1 (Ausnahme T1a,N1a).

Stadieneinteilung entsprechend der TNM-Klassifikation 2002, basierend auf dem TNM Supplement, 3. Auflage, Seite 138.

Dosierung der Schilddrüsenhormontherapie in der Nachsorge abhängig von der Risikogruppe:

Very low risk: Schilddrüsenhormon-Substitutionstherapie mit einem TSH-Zielbereich 0,5-1,0 mU/l

low risk: initial TSH-suppressive Therapie ($<$ 0,1 mU/l), bei gesicherter Rezidivfreiheit (nicht messbar niedriger Tg-Spiegel unter stimulierten TSH-Werten, negatives posttherapeutisches und diagnostisches Jodganzkörperszintigramm)
Substitutionstherapie mit einem TSH-Zielbereich 0,5-1,0 mU/l.

high risk: lebensbegleitende TSH-suppressive Therapie ($<$ 0,1 mU/l), eventuell Substitutionstherapie mit einem TSH-Zielbereich 0,5-1,0 mU/l bei fehlenden Hinweisen auf ein Lokalrezidiv und/oder Metastasierung in der Jodganzkörperszintigraphie und negativem TSH-stimulierten Thyreoglobulinspiegel in der Untersuchung nach sieben Jahren.

Dieser Vorschlag wurde modifiziert nach dem bereits seit Jahren in Kärnten und in der Steiermark durchgeführten Nachsorgeschema und entspricht nahezu zur Gänze dem Consensus Statement:

European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium.

F.Pacini et al, Eur J Endocrinol 2006, 154:787-803.

Dieser Vorschlag wurde im Rahmen der Arbeitsgruppensitzung am 26. 1. 2007 und im Lunch-Symposium im Rahmen des Jahres Kongresses der österreichischen Gesellschaft für Nuklearmedizin am gleichen Tag besprochen.

W.Buchinger
26.1.2007

Nachsorgeschema des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms

Name	HISTO	TNM
Vorname	1. Operation	Datum
Geb.Datum	2. Operation	Datum
Anamnese	1.RJ-TH:	Datum
	2.RJ-TH:	Datum
	3.RJ-TH:	Datum
	Radiatio Dosis	Datum

Kontrolltermine

Kontroll Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8
Datum (vom Arzt auszufüllen)								
Monat post. I-131	3	6	12	18	24	30	36	42
fT4	○	○	○	○	○	○	○	○
TSH	○	○	○	○	○	○	○	○
Tg	○	○	○	○	○	○	○	○
Sonographie	○	○	○	○	○	○	○	○
GK I-131		○						

Kontroll Nr.	9	10	11	12	13	14	15	16
Datum (vom Arzt auszufüllen)								
Monat post. I-131	48	54	60	72	84	96	108	120
fT4	○	○	○	○	○	○	○	○
TSH	○	○	○	○	○	○	○	○
Tg	○	○	○	○	○	○	○	○
Sonographie	○	○	○	○	○	○	○	○
GK I-131					HR			