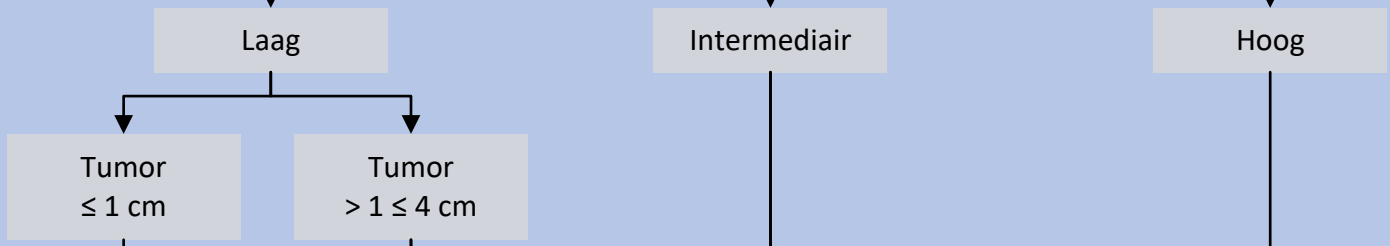
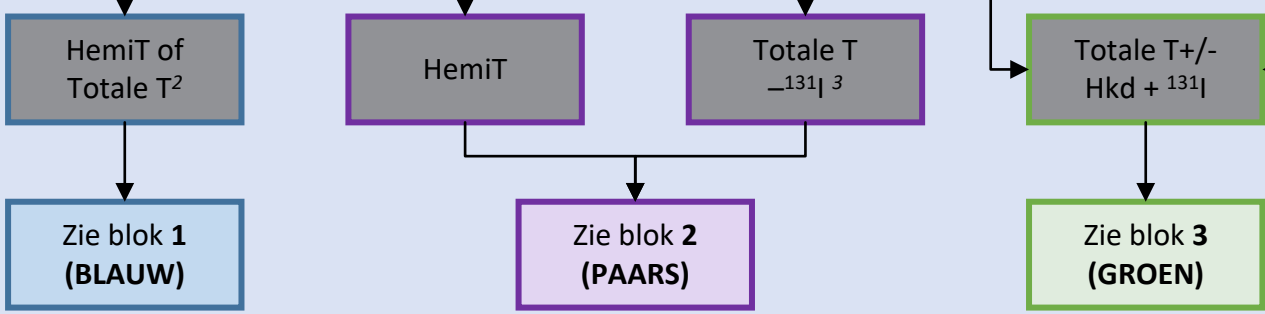


**Patiënt met schildkliercarcinoom**

**Risico inschatting<sup>1</sup>**



**Behandeling**



Herstadiëring  
1 jaar na behandeling  
(Tg-on<sup>4</sup>, echo hals<sup>1</sup>)

**Lange termijn follow-up plan**

1	Uitstekende respons	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien incidentaloom<sup>2</sup> hoeft geen herstadiëring plaats te vinden na een jaar.</li> <li>• Indien klinisch manifeste tumor staak follow-up bij uitstekende respons na herstadiëring.</li> </ul>
	Structureel onvoldoende of recidief	Overweeg behandeling (operatie+/- <sup>131</sup> I ; <sup>131</sup> I alleen en/of radiotherapie indien niet operabel) of follow-up middels Tg-on <sup>4</sup> en beeldvorming <sup>5</sup> . Overweeg FDG-PET CT vooraf. Frequentie follow-up afhankelijk van klinische situatie.
	Inconclusief	Echo hals 2 en 5 jaar na de primaire behandeling. Indien geen afwijkingen of stabiele situatie <sup>6</sup> , staak follow-up.
2	Uitstekende respons	Echo hals 2 en 5 jaar na de primaire behandeling. Indien geen afwijkingen, staak follow-up.
	Structureel onvoldoende of recidief	Overweeg behandeling (operatie+/- <sup>131</sup> I ; <sup>131</sup> I alleen en/of radiotherapie indien niet operabel) of follow-up middels Tg-on <sup>4</sup> en beeldvorming <sup>5</sup> . Overweeg FDG-PET CT vooraf. Frequentie follow-up afhankelijk van klinische situatie.
	Inconclusief	Echo hals 2 en 5 jaar na de primaire behandeling. Indien geen afwijkingen of stabiele situatie <sup>6</sup> , staak follow-up.
3	Uitstekende respons	1x/jaar Tg-on <sup>4</sup> gedurende 5 jaar na de primaire behandeling. Indien geen afwijkingen, staak follow-up <sup>7</sup> .
	Biochemisch onvoldoende	Overweeg FDG-PET-CT <sup>8</sup> . Bespreek in MDO met level 1 ziekenhuis. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij geen pathologische bevindingen, follow-up middels palpatie hals en Tg-on<sup>4</sup> 1x/6-12 maanden. Herhaal op indicatie<sup>9</sup> beeldvorming<sup>10</sup>.</li> <li>• Indien pathologische bevindingen, zie structureel onvoldoende of recidief.</li> </ul>
	Structureel onvoldoende of recidief	Overweeg behandeling (operatie+/- <sup>131</sup> I ; <sup>131</sup> I alleen en/of radiotherapie indien niet operabel) of follow-up middels Tg-on <sup>4</sup> en beeldvorming <sup>5</sup> . Overweeg FDG-PET CT vooraf. Frequentie follow-up afhankelijk van klinische situatie. MDO met level 1 ziekenhuis.
	Inconclusief	Tg-on <sup>4</sup> à 6-12 maanden en echografie hals 2 en 5 jaar na de primaire behandeling. Indien geen afwijkingen en/of stabiele situatie jaarlijkse Tg-on <sup>4</sup> en echografie hals op indicatie. Indien anti-Tg antistoffen negatief geworden, Tg niet aantoonbaar <u>en</u> echografie hals geen afwijkingen -> remissie -> follow-up 1x/jaar Tg-on <sup>4</sup> . Na een follow-up van maximaal 5-10 jaar kan de follow-up worden gestaakt.

**Voetnoten:**

1. Na histologisch onderzoek, zie *module Risicofraterificatie* voor de criteria per indeling;
2. Indien incidentaloom gevonden in thyroïdectomie preparaat kan afgezien worden van verdere follow-up, mits de preoperatieve en/of postoperatieve echo afwezigheid van pathologische klieren documenteert.
3. Bij patiënten met intermediair risico zonder lymfekliermetastasen indicatie voor <sup>131</sup>I behandeling afhankelijk van histologische eigenschappen van de tumor en de wensen van de patiënt. Voor patiënten met intermediair risico wordt een totale thyroïdectomie geadviseerd om een behandeling met radioactief jodium mogelijk te maken. Indien er geen indicatie is voor een behandeling met radioactief jodium kan een hemithyroïdectomie overwogen worden.
4. Tg-on: ongestimuleerd Tg bepaling
5. Zie *module Behandeling recidief/metastasen - Locoregionaal*;
6. Zoals atypische echografische bevindingen;
7. Indien op basis van klinische factoren gekozen wordt voor het voortzetten van de follow-up 5 jaar na de primaire behandeling, frequentie van de controles een keer per 2 jaar tot maximaal 10 jaar na de primaire behandeling.
8. De werkgroep adviseert geen specifieke afkap Tg-waarde voor deze indicatie.
9. Bijvoorbeeld bij afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek, richtinggevende klachten suggestief voor een structureel recidief en/of stijgende Tg;
10. Voor de overige overwegingen t.a.v. klinisch occulte recidieven zie *module Behandeling recidief/metastasen – Afstandsmetastasen*.



nederlandse internisten vereniging

Initiatiefnemende vereniging

NB1: Dit stroomschema hoort bij de module 'Follow-up' van richtlijn 'Schildkliercarcinoom'. Lees altijd de overwegingen en aanbevelingen van de betreffende module voor nuances, eventuele afwijkende situaties en extra achtergrondinformatie.

NB2: Betrek de patiënt bij de besluitvorming.



Federatie Medisch Specialisten

Ontwikkeld door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

©2024 Versie 1 (september 2024)