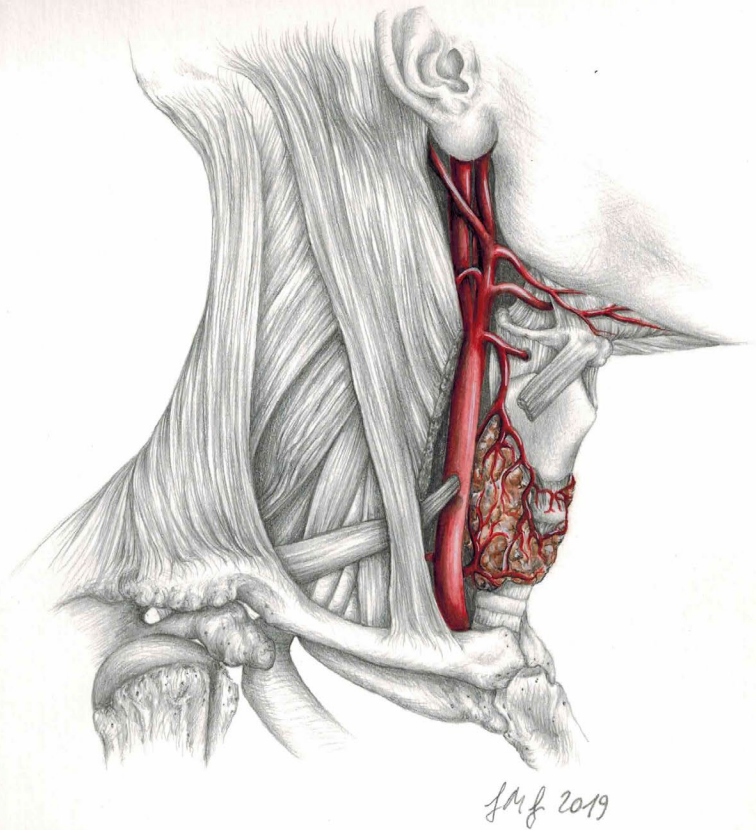


# (Chirurgische) Nachsorge nach Schilddrüsenkarzinom

Dr. Günther Klein

Abt. für Chirurgie; LK Wiener Neustadt



- **No Conflict of interest**

# Agenda

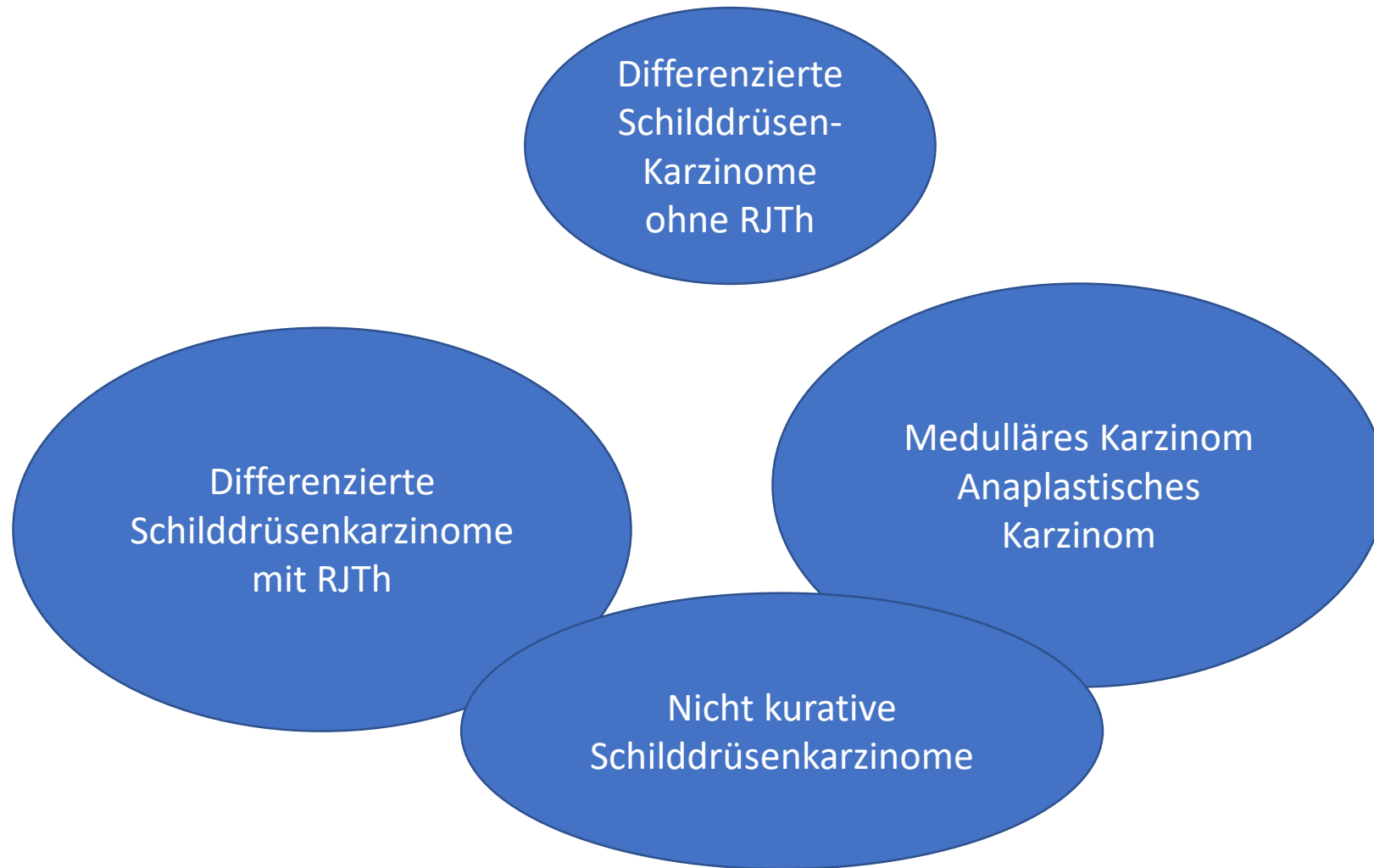
- Status: wer sorgt nach und wie?
- Welche Schemata gibt es?
- Low risk – middle risk-high risk
- TU Board Entscheidung
- Wie machen wir es wirklich?

# Einführung

- 90% der differenzierten Schilddrüsenkarzinome haben einen benignen Verlauf.
- Die chirurgische Therapie hat sich in der letzten Dekade abhängig vom Risikoprofil individualisiert.
- Sonderfall medulläres Schilddrüsenkarzinom
- Sonderfall anaplastisches Karzinom
- Sonderfall Lymphome und Metastasen in der Schilddrüse

# Wer betreut unsere Patienten

- Nuklearmedizin
- Chirurgie
- Onkologie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Klinische Institution? / Niedergelassene Institution?
- Was braucht es? (Labor; US, J Scan; PET)
- Wie lange wird nachbetreut?



# Tradierete Nachsorge beim diff. Karzinom

- RjTh je nach Tumorstadium und postoperativer Status
- Wenn Radio J Th, dann J-131Scan nach ca. 5 Monaten.
- TSH Supression  $\pm 0,3\text{mU/l}$
- TSH und Sonografie Kontrolle alle 3 Mo im 1. Jahr
- Anschließend  $\frac{1}{2}$ -jährlich über 5-10 Jahre

## Nachsorge medulläres Karzinom

- Familienanamnese
- Genetische Testung
- Calzitonin / CEA Ko alle 6 Mo
- Halsultraschall alle 3 Monate im 1. Jahr
- Weitere Bildgebung bei Calzitonin Anstieg

## anaplastisches Karzinom

- Weitere Betreuung durch Radioonkologie



# Was gibt es?

- ATA
- ETA
- CEAK
- ACO ASSO Manual

# Differenziertes Schilddrüsenkarzinom

## Risikoevaluierung

- Art der chirurgischen Therapie (Hemi-;Thyreoidektomie+-Lnn)
- TNM Stadium
- Erfolgte eine Radiojodtherapie?

► **Tab. 1** Rezidivrisiko [2].

geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
<p>papilläres Schilddrüsenkarzinom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine lokalen/Fernmetastasen</li> <li>▪ keine makroskopischen Tumorreste</li> <li>▪ kein Wachstum in angrenzende Strukturen</li> <li>▪ keine aggressive Histologie</li> <li>▪ keine Jod-aviden Fokusse außerhalb des Schilddrüsenbettes im ersten posttherapeutischen Jod-131-Scan</li> <li>▪ keine Gefäßinvasion</li> <li>▪ cN0 / pN1 (<math>\geq 5</math> Mikrometastasen <math>&lt; 0,2</math> cm)</li> </ul>	<p>1 der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mikroskopische Invasion des Tumors in das umliegende Gewebe</li> <li>▪ Jod-avide zervikale Fokusse im ersten posttherapeutischen Jod-131-Scan</li> <li>▪ aggressive Histologie</li> <li>▪ Gefäßinvasion</li> <li>▪ cN1 / pN1 (<math>&gt; 5</math> Lymphknoten <math>&lt; 3</math> cm)</li> <li>▪ multifokales papilläres Mikrokarzinom mit extrathyreoidaler Ausbreitung</li> </ul>	<p>1 der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ makroskopische Invasion des Tumors in das umliegende Gewebe</li> <li>▪ inkomplette Tumorresektion</li> <li>▪ Fernmetastasen</li> <li>▪ pN1 mit 1 Lymphknoten <math>\geq 3</math> cm</li> <li>▪ follikuläres Schilddrüsenkarzinom mit ausgeprägter Gefäßinvasion (<math>&gt; 4</math> Fokusse)</li> </ul>
intrathyroidale, intrakapsuläre, follikuläre Variante eines papillären Karzinoms		
intrathyreoidales, gut differenziertes follikuläres Schilddrüsenkarzinom mit kapsulärer Invasion und keiner/minimaler ( $< 4$ Fokusse) Gefäßinvasion		
intrathyreoidales papilläres Mikrokarzinom (auch mit BRAF-V600E-Mutation)		

# Low grade

- Hemithyreoidektomie
- Thyreoidektomie ohne RJTh
- Thyreoidektomie mit RJTh
- Thyreoidektomie + zent. Lnn und RJTh

# Nachsorge (guideline)

- TSH 0,1-0,5 mU/l im 1.a //  
0,5-2mU/l für 5 Jahre
- J-131Scan(?) und US 6 Monate nach RJTh
- Ultraschall alle 6 Monate
- Thyreoglobulin und TG AK alle 6 Monate
- Nach 5 Jahre jährlich TG/TGAK; US

# Positives Nachsorgeergebnis

## Individuelles Vorgehen

- Steigender Thyreoglobulin Spiegel
- Neuerliche Radiojodtherapie
- Lokaler Ultraschall ev. FNA
- FDG PET CT
- MRT (Vergleichbarkeit?)
- Watchfull waiting

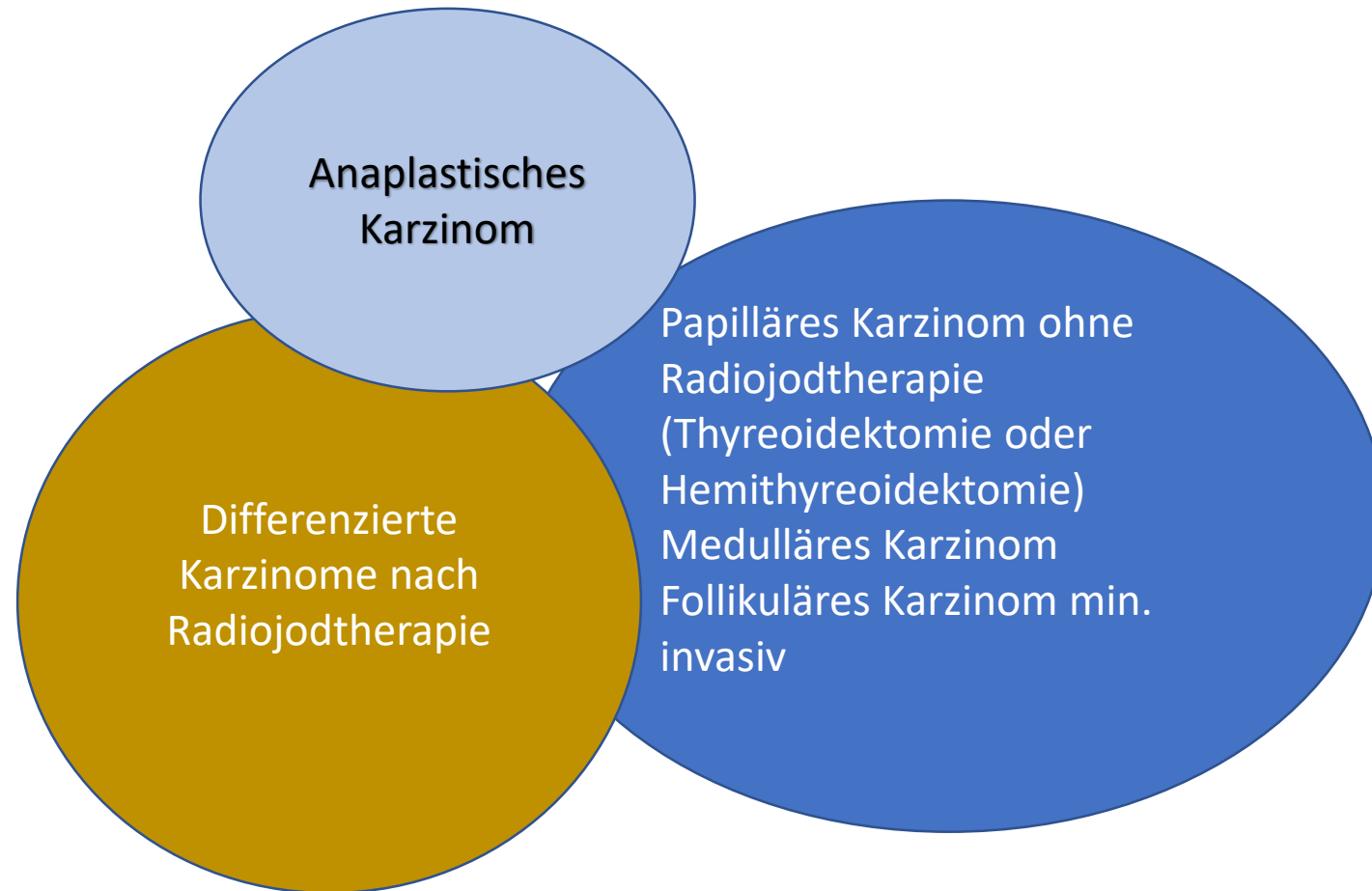
# Medulläres Schilddrüsenkarzinom

- Calzitonin; CEA
- Genetische Testung
- US der Halsregion
- weitere Dg. bei pos. Calzitonin: CT Thorax Abdomen F- DOPA- PET CT

# Anaplastisches Schilddrüsenkarzinom

- Onkologie und Strahlentherapie
- Radio-Chemotherapie (Docetaxel/Doxorubicin /60Gy)
- Immuntherapie (Lenvatinib plus Pembrolizumab)

# Wer macht was





- Umfrage zur chirurgischen Nachsorge von Schilddrüsenkarzinomen
- Haben Sie in Ihrer Klinik eine Abteilung für Nuklearmedizin?
  - Ja  Nein
- Ist an Ihrer Abteilung eine onkologisch chirurgische Nachsorgeambulanz nach Schilddrüsenkarzinom etabliert?
  - Ja  Nein
- Diskutieren Sie Ihre Patienten in einem regionalen Tumorboard?
  - Ja  Nein  habe keinen Zugang zu einem TuB
- Wer betreut bei Ihnen Patienten, die keine Radiojodtherapie erhalten haben? (pT1a papillär; follikulär minimal
- invasive; medulläre Karzinome, anaplastische Karzinome)
- Selbst Onkologie Nuklearmedizin
- Papillär pT1a
- Follikulär minimal invasiv
- Medulläres Karzinom
- Anaplastisches Karzinom
- Bei unauffälligen Befunden, wie lange bleibt der Patient in der Nachsorge?
  - 2 Jahre  5 Jahre  10 Jahre  länger
- Welchen Empfehlungen folgen Sie?
  - ACO ASSO Manual  ETA  ATA
- Nachsorge, Interpretation und Konsequenzen von Nachsorgebefunden ist eine interdisziplinäre Herausforderung.
- Nutzen Sie dazu:
  - Lokale Tumorboard
  - direkte Gespräch mit den Abteilungen (Onkologie; Nuklearmedizin)

# Eine Umfrage

- Angeschrieben wurden Mitglieder der AG Schilddrüse der ACO ASSO.
- Fragen bezüglich der Infrastruktur der Betreuung von Karzinomen die keine RJTh erhalten haben, Grundlage der Nachkontrolle

# Ergebnis (n:14)

- Eigene Nuklearmedizin 10/4
- Nachsorgeambulanz 9/5
- Tumorboard 11/3
- Dauer 5x 5a; 4x 10a; 5x länger
- Guideline 14
- Tumorboard Support 14
- Direkte Gespräche 9/5

## Nachsorge nicht RJTh Patienten

- Differenziertes Ca.: selber + Nuklearmedizin (6); selber (2); Nuklearmedizin (6)
- Medulläres Ca.: interdisziplinär(5); Nuklearmedizin(6); selber(2); Onkologie (1)
- Anaplastisches Ca.: interdisziplinär(4); selber(2); Onkologie(8)

# Diskussion

- In Österreich haben wir eine gute Infrastruktur mit Nuklearmedizin und Tumorboard.
- Fast alle nutzen Guidelines.
- Ein Großteil der Patienten mit differenziertem Ca. und medullärem Ca. bleibt an seinem/r Chirurgen/in angebunden.
- Dies führt zwangsläufig zu Zweigleisigkeit. Daher ist eine einheitliche Sprache dem Patienten gegenüber wichtig.
- Anaplastische Ca. werden größtenteils von Onkologie und Radioonkologie nachgesorgt.

# Arbeiten wir Leitlinienkonform/ haben wir Leitlinien

- Grundsätzlich werden die vorhandenen Leitlinien verwendet.
- Aufgrund der vielfältigen Histologie der Schilddrüsenkarzinome ist ein einfaches Schema nicht möglich und die Nachsorge wird rasch individualisiert.

# ACO ASSO Manual

- Seit 1989/ 3. Auflage 2011
- 4. Auflage in Überarbeitung
- Speziell das  
Schilddrüsenkarzinom als  
interdisziplinäre Aufgabe
- APP für bessere Verfügbarkeit

- Chirurgischer Arbeitskreis:

G. Klein, M. Hermann, B. Niederle, C. Scheuba,  
P. Riss, R. Prommeger

- Internistischer Arbeitskreis (inkl.  
Nuklearmedizin, Endokrinologie, Onkologie  
und Radioonkologie):

W. Buchinger, H. J. Gallowitsch, M. Siroos, M.  
Raderer, B. Kiesewetter, I. Reiter, M. Metz

- Pathologischer Arbeitskreis:

S. Lax

- Molekularbiologisch-genetischer Arbeits  
O. A. Haas, P. Zeitlhofer

# Nachsorgeschema

	Radio J Therapie	TSH in 1.Jahr	TSH nach dem 1.Jahr	Posttherapeutische 131 J GKScan	Thyreoglobulin; TG-AK; TSH Kontrolle	Ultraschall	sonstiges
Diff. SD Ca low grade Pap. pT1a Foll min. inv.	nein	0,1-0,5mU/l	0,5-2mU/l	nein	Alle 6 Mo bis zum 5. Jahr	Halbjährlich bis zum 5. Jahr dann jährlich	
Diff. SD Ca middle, high grade	ja	<0,1mU/l	0,1-0,5mU/l	6 Monate posttherapeutisch	Alle 6 Mo bis zum 5. Jahr dann jährlich	Halbjährlich bis zum 5. Jahr dann jährlich	FDG- PET CT (J neg 131JScan)
Anaplastisches Ca	nein	nein	nein	nein			CT FDG-PET CT
		Calzitonin; CEA				Ultraschall	
Med. SD Ca Spontan, hereditär	nein	½ jährlich				½ jährlich dann jährlich bei neg. Calzitonin	Genetische Untersuchung F-DOPA PET CT

Vielen Dank für die  
Aufmerksamkeit

