

7.2.1. **Papillair, folliculair, Hurtele cell carcinoma**

1. Diagnose

RXTX

Echo hals

CT (zonder contrast) of MRI (preferentieel) voor gefixeerde LN of substernale lesies

KNO onderzoek

2. TNM classificatie

Primary tumor (T)

Tx Primary tumor cannot be assessed

T0 No evidence of primary tumor

T1 Tumor 2 cm or less in greatest dimension limited to the thyroid

T2 Tumor more than 2 cm but not more than 4 cm in greatest dimension limited to the thyroid

T3 Tumor more than 4 cm in greatest dimension limited to the thyroid or any tumor with minimal extrathyroid extension (eg, extension to sternothyroid muscle or perithyroid soft tissues)

T4a Tumor of any size extending beyond the thyroid capsule to invade subcutaneous soft tissues, larynx, trachea, esophagus or recurrent laryngeal nerve.

T4b Tumor invades prevertebral fascia or encases carotid artery or mediastinal vessels

All anaplastic carcinomas are considered T4 tumors

T4a Intrathyroidal anaplastic carcinoma – surgically resectable

T4b Extrathyroidal anaplastic carcinoma – surgically unresectable

Regional lymph nodes (N)

Nx Regional lymph nodes cannot be assessed

N0 No regional lymph node metastasis

N1 Regional lymph node metastasis

N1a Metastasis to level VI (pretracheal, paratracheal, and prelaryngeal/Delphian lymph nodes)

N1b Metastasis to unilateral, bilateral, or contralateral cervical or superior mediastinal lymph nodes

Distant metastasis (M)

Mx Distant metastasis cannot be assessed

M0 No distant metastasis

M1 Distant metastasis

3. Behandeling

Heelkunde

Totale thyroïdectomie in principe te verrichten

Zo LN +: radiologisch of klinisch: functionele halsdissectie (level II-IV)

Zo level V+: gemodificeerd radicaal halsevidement

Zo LN - radiologisch of klinisch: peroperatoire controle van de vaatloges (zone II-IV) en evt. vriescoupe van verdacht kliertje(s) en zo nodig functionele dissectie

In geval

Papillair carcinoma gevonden post-lobectomie voor benigne aandoening

Hals echo, RXTX

Thyroidectomie

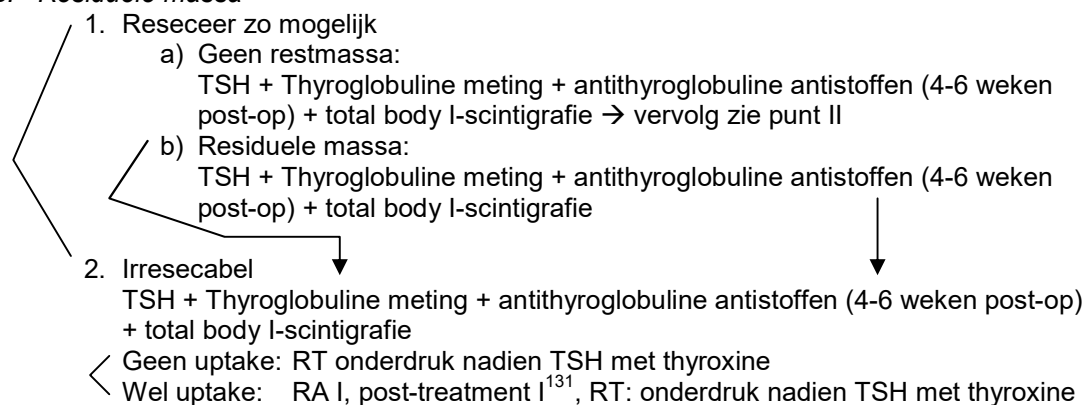
Zo negatieve marges, geen contralat lesions, < 1 cm diameter, geen verdachte LN: overweeg thyroglobuline meting + antithyroglobuline meeting, echo hals: onderdruk TSH met thyroxine

I Evaluatie na thyroidectomie

A. Geen residuele massa :

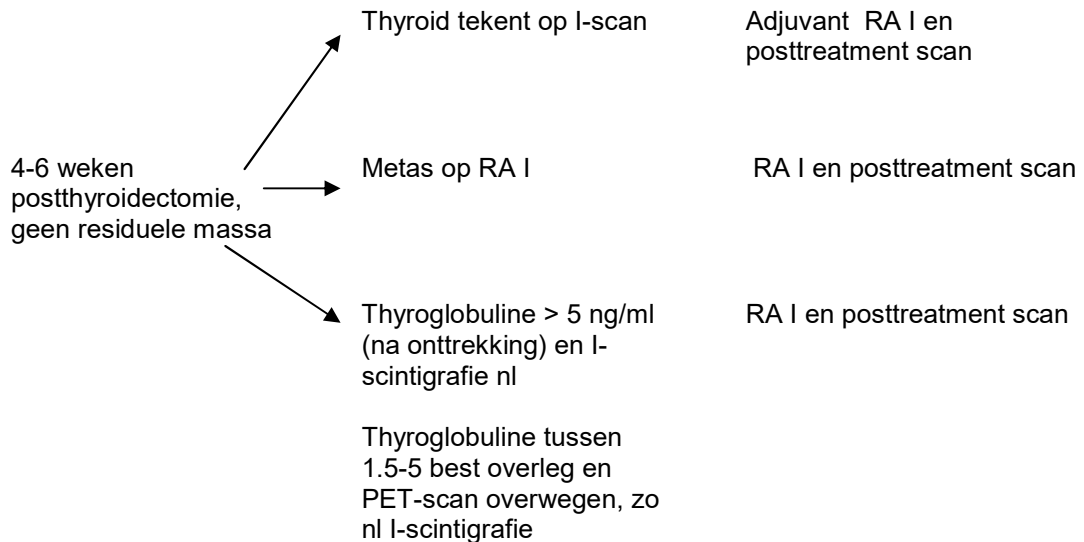
TSH + Thyroglobuline meting + antithyroglobuline antistoffen (4-6 weken post-op) + total body I-scintigrafie → vervolg zie punt II

B. Residuele massa



II Post chirurgie behandeling:

4 à 6 weken post-throidectomie; geen residuele massa



4. Follow-up

Klinisch onderzoek alle 3 –4 maanden gedurende 2 jaar, dan jaarlijks

Thyroglobuline meting, antithyroglobuline as, TSH op 6 en 12 maanden, nadien jaarlijks

I scan alle 12 maanden tenzij 1 negatieve scan ingeval totale thyroidectomie en ablatie

Regelmatig RXTX en echo hals

Ingeval Hurtle carcinoma: Botscan en echo abdomen indien klinisch geïndiceerd.

Beschouw bijkomende beeldvorming zo I scan nl en thyroglobuline gestimuleerd > 5 ng/ml (evtl PET met onttrekking, MRI)

Indicaties Thyrogen toediening

- Initieel T1-T2N0-1M0;
- Volledige thyroidectomie en RA I nabehandeling gehad;
- Geen klinisch evidentie van ziekteactiviteit;
- Onderdrukt Tg < 1 ng/ml met negatieve anti-Tg antistoffen
- Geen zwangerschap, lactatie of vermoeden allergie
- Ptn tussen 15 en 45 jaar

Procedure Thyrogen toediening

Dag 1: Injectie 1 ampul op maandag IM

Dag 2: Injectie 1 ampul op dinsdag IM

Dag 3: TSH bepaling met Jodium 131 inspuiting

Dag 5: I-scanning en thyroglobuline scanning en thyroglobuline en Tg Antistoffen bepaling

Interpretatie Resultaat Thyrogen

Gestimuleerd Tg > 2: verdacht

Gestimuleerd Tg < 0,6: verder jaarlijks meting onderdrukt Tg

Gestimuleerd Tg tussen 0,6 en 2: herhaaldelijk testing tot stabiel

5. Behandeling recidief

1. Locoregionaal relaps: HK zo reseceerbaar, RA I als scan + en/of RT
2. Thyroglobuline > 5 ng/ml (na onttrekking) en I-scan nl: overweeg RA I met posttreatment scan
3. Metas: zie metastatische ziekte

Metastatische ziekte:

In functie van lokalisatie kunnen volgende modaliteiten worden overwogen: (neuro)chirurgische resectie, RT, RA I, Bisfosfonaten, chemotherapie

6. Bronvermelding

NCCN – Practice Guidelines in Oncology – v.1.2005 – Thyroid carcinoma
Up to Date