



Schilddrüsenkarzinom (Patienteninformation) **(Vorgehen bei sehr niedrigem Rezidivrisiko)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wurde ein papilläres (follikuläres) Schilddrüsen-Karzinom mit sehr niedrigem Risiko festgestellt:

T1a: Tumordurchmesser bis 1,0 cm
N0: ohne Lymphknotenmetastasen
M0: ohne Fernmetastasen

Bei einer derartig niedrigen Risikokonstellation ist die Wahrscheinlichkeit eines Wiederauftretens des Schilddrüsenkarzinoms (= Rezidiv) ohne ablative Radioiodtherapie (Beseitigung der Restschilddrüse durch hochdosierte Radioiodtherapie) unter 5 %, d. h. die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Heilung ist über 95 %. Eine Radioiodtherapie wird hier in den Leitlinien nicht gefordert.

Ein höheres Rezidivrisiko findet sich bei Tumoren > 1 cm oder Lymphknoten- oder Fernmetastasen (ab T1b oder N1 oder M1). In diesen Fällen wird immer eine Radioiodtherapie durchgeführt, um Reste des normalen Schilddrüsengewebes, die nach Operation fast immer verbleiben, und ggf. Radioiod-speichernde Metastasen zu beseitigen. Im so genannten Posttherapie-Szintigramm nach ablativer Radioiodtherapie erhält man zudem gleichzeitig Informationen darüber, ob und wo Radioiod-speichernde Lymphknoten- oder Fernmetastasen vorliegen und ob demzufolge die Nachsorge intensiviert und die Behandlung geändert werden muss.

Aber auch bei niedriger Risikokonstellation wie bei Ihnen treten bereits ab 5 mm Tumordurchmesser in einem kleinen Prozentsatz im Verlauf Lymphknoten- oder Lungen-Metastasen auf, so dass die Möglichkeit einer Radioiodtherapie auch hier zumindest besprochen werden muss.

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) ist TG aber im niedrig-normalen Bereich noch messbar, was die Bedeutung in der Verlaufskontrolle dann 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 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 und Beruhigung des Patienten, wenn bei nicht messbarem TG-Wert im Verlauf ein Neuauftreten oder Persistieren der Erkrankung nahezu mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Der zuständige Arzt wird die Angelegenheit mit Ihnen besprechen, damit Sie entscheiden können, ob ggf. nicht leitlinienkonform bei Ihnen eine ablative Radioiodtherapie zur Beseitigung der Restschilddrüse durchgeführt werden soll.