

Ausgabe 03 | 01. März 2022

Differenzierte Schilddrüsenkarzinome - Part 1: Strategisch therapeutisches Umdenken?

Grundsätzlich hat sich an der Morphe der papillären, der follikulären und der medullären Schilddrüsenkarzinome nicht viel verändert. Die insbesondere steigende Inzidenz von papillären Schilddrüsenkarzinomen und die heutigen analytischen Möglichkeiten der Pathologie fordern ein Neuverständnis der Schilddrüsenkarzinome.

Es ergeben sich Fragestellungen, die sich aus den derzeit bekannten Daten noch nicht abschließend bewerten lassen: „Schilddrüsenkarzinome sind in den USA die häufigste Krebserkrankung bei jungen Patienten.

1. Ist eine Hemithyreoidektomie der neue Standard bei nicht metastasierten Karzinomen?
2. Radiojodtherapie: routinemäßig nach Operation oder risikoadjustiert?
3. Lymphknotendissektion: routinemäßig oder risikoadjustiert?

Das papilläre Mikrokarzinom der Schilddrüse (PTMC):

1. Die Inzidenz des papillären SMikrokarzinoms stieg in den USA zw. 1973 und 2006 um 441% an (jährlicher Zuwachs: 19,2 %)
2. Papilläre Mikrokarzinome machen einen Anteil von 6-9% aus.
3. Die primäre Operation ist eine langjährig etablierte Therapie mit hervorragenden Langzeitergebnissen mit identischer Lebenserwartung zur Normalbevölkerung.
4. Nachteile der Operation sind weiterhin das Risiko einer Recurrensparese und eines Hypoparathyreoidismus.
5. Hemithyreoidektomie und Thyreoidektomie haben bei einem PTMC eine nahezu identische gute Langzeitprognose (10-Jahres-Überleben: 96,7% vs. 97,5%)
6. Das Lokalrezidiv im belassenen kontralateralen Schilddrüsenlappen liegt bei 0,9%. Signifikante Risikofaktoren sind Alter < 45 Jahre und Tumorgröße > 0,5 cm, sowie multifokale Karzinome.
7. Ipsilaterale Lymphknotenmetastasen sind bei Tumoren von > 0,63 cm in einem Anteil von bis zu 43% nachweisbar.

Fazit:

1. Eine Heilung der Tumorerkrankung ist nur durch eine Operation zu erzielen.
2. Noch gilt als Standard der Therapie des PTMC die Hemithyreoidektomie/Thyreoidektomie mit ggf. ipsilateraler, zentraler Lymphadenektomie.
3. Eine sog. active surveillance des PTMC wird als mögliche therapeutische Alternative diskutiert. Voraussetzung ist der Patient > 60 Lebensjahre, unifokales Wachstum, keine auffälligen Lymphknoten, nicht extrathyreoidal wachsend, lebenslange Kontrollen obligat.
4. Die geschätzte Wahrscheinlichkeit einer Tumorprogression oder des Auftretens von Lymphknotenmetastasen liegt bei 20- bis 30-Jährigen bei > 60%.
5. Bei > 70-Jährigen liegt die Wahrscheinlichkeit einer Tumorprogression bei 2,8% und einer Lymphknotenmetastasierung cervical bei 0,6%.

Ihnen allen nun einen guten Monat.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Frank Klammer

Chefarzt der Klinik für Allgemein-,
Visceral- und Spezielle Chirurgie

Öffnungszeiten Schilddrüsenprechstunde:

St. Franziskus-Hospital Ahlen

Klinik für Allgemein-, Visceral- und Spezielle Chirurgie

Montags und freitags

14:00 – 16:00 Uhr

Anmeldung erfolgt beim

Sprechstunden Sekretariat

Tel. 02382- 858-311 (Mo. – Fr. von 08:30 – 16:00 Uhr)

Chirurgie I

Klinik für Allgemein- Visceral-
und spezielle Visceralchirurgie

Chefarzt:

Dr.med. Frank Klammer

Pankreaschirurgie

Schilddrüsenchirurgie

Endokrine Chirurgie

Hernienchirurgie

Onkologische Chirurgie

Proktologischen Chirurgie

Chefsekretariat:

Manuela Wördemann

Tel. 02382 / 858 - 315

Fax. 02382 / 858 – 308

chirurgie@sfh-ahlen.de

Sprechstunden Sekretariat

Tel. 02382- 858-311

Mo. – Fr. 08:30 – 16:00 Uhr