

FNA: Fine-Needle Aspiration; ACR TI-RADS: American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data Systems

Voetnoten:

- 1) Het gebruik van ACR TI-RADS bij incidentalomen dient vermeden te worden, omdat dit verwarring kan geven over eventueel follow-up en FNA beleid en leidt tot veelvuldige diagnostiek en over diagnostiek en onzekerheid bij de patient. De werkgroep adviseert hierop een uitzondering te maken: bij een zeer suspecte incidenteel gevonden schildkliernodus (ACR TI-RADS 5) dient wel een FNAC verricht te worden indien deze groter is dan 1 centimeter.
- 2) Voor details en nadere uitleg van de criteria en follow-up zie module [Diagnostiek – beeldvormende technieken en de ACR TI-RADS chart.
- 3) Lymfeklieren beschrijven conform adviezen standaard echo verslag.
- 4) Behandeling conform nationale richtlijn schildklier carcinoom. Zie het document "SchildklierNetwerk; organisatie van zorg" voor uitleg omtrent regionale lagen van besluitvorming.





→ Bespreken in REGIONAAL MDO⁸

→ Bespreken CENTRAAL MDO of direct verwijzen naar ErasmusMC⁸

Patient met (verdenking op) schildkliercarcinoom

Uitkomst preoperatieve evaluatie (FNAC, echo hals¹ +/- punctie klieren²)?

Patiënten met verdenking op widely invasieve schildkliercarcinoom, slecht gedifferentieerd schildkliercarcinoom, medullair schildkliercarcinoom of anaplastisch schildkliercarcinoom dienen besproken te worden in het CENTRALE MDO of direct naar het ERASMUSMC verwezen te worden.

Klinisch NOMO, beperkt tot de schildklier.

Klinisch N1M0

Klinisch NO-1M1

Tumor ≤ 1 cm

Tumor >1 ≤ 4 cm

Tumor > 4 cm

SDM

Eerste behandelplan

Act Surv

HemiT³

Totale T³

Totale T + Hkd⁴

Totale T +/- Hkd⁴

Risico inschatting⁵

Laag

Intermediair

Hoog

SDM

Voortgezet behandelplan

Follow-up

Rest T (indien primair HemiT) +/- ¹³¹I⁶⁺⁷

+/- ¹³¹I⁶⁺⁷

+ ¹³¹I⁺⁷

FNAC: Thyroid fine-needle aspiration cytology; SDM: Shared Decision Making (gedeelde besluitvorming)

Voetnoten:

1. Hoge kwaliteit echo hals;
2. Klinisch en/of echografisch suspecte klieren;
3. Zie module *Behandeling van de Nederlandse Richtlijn: Tabel 1. Voorwaarden waaraan moet worden voldaan om een adequate gedeelde besluitvorming over een de-escalerend beleid te kunnen verrichten*, en Tabel 2. *Argumenten voor een hemithyreoidectomie vs. totale thyreoïdectomie voor handvatten*;
4. Uitgebreidheid van de Hkd is afhankelijk van de locatie van de pathologische lymfeklieren;
5. Na histologisch onderzoek, zie module *Risicostatificatie van de Nederlandse Richtlijn*
6. Bij patiënten met intermediair risico obv afmetingen en verder laag risico zonder lymfekliermetastasen indicatie voor ¹³¹I behandeling afhankelijk van histologische eigenschappen van de tumor en de wensen van de patiënt. Voor patiënten met intermediair risico wordt een *totale thyreoïdectomie* geadviseerd om een behandeling met radioactief jodium mogelijk te maken. Indien er geen indicatie is voor een behandeling met radioactief jodium kan een *hemithyreoidectomie* overwogen worden. De situatie *totale thyreoïdectomie* kan zich bijvoorbeeld voor doen wanneer een laag risico schildkliercarcinoom per toeval wordt gevonden in het thyreoïdectomie preparaat verricht voor een andere indicatie. In dit geval kan afgezien worden van een behandeling met radioactief jodium. Ook kan men na een *hemithyreoidectomie* beslissen tot een totaliserende thyreoïdectomie, bijvoorbeeld bij aanwezigheid van micrometastasen bij patiënten met een laag risico tumor, om de adjuvante behandeling met radioactief jodium mogelijk te maken.
7. Denk aan cryopreservatie bij radioactief jodium therapie
8. Deze afspraken komen uit het regiedocument "SchildklierNetwerk; organisatie van zorg".



NB2: Het origineel van dit stroomschema hoort bij de richtlijn Schildkliercarcinoom [ontwikkeld door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten]. Dit stroomschema is aangepast op initiatief van het bestuur van het schildklierNetwerk. *Aan deze teksten kunnen geen rechten ontleend worden, dit is een leidraad en er kan door een arts vanaf geweken worden.*

NB3: ten aanzien van SDM: Betrek de patiënt bij de besluitvorming

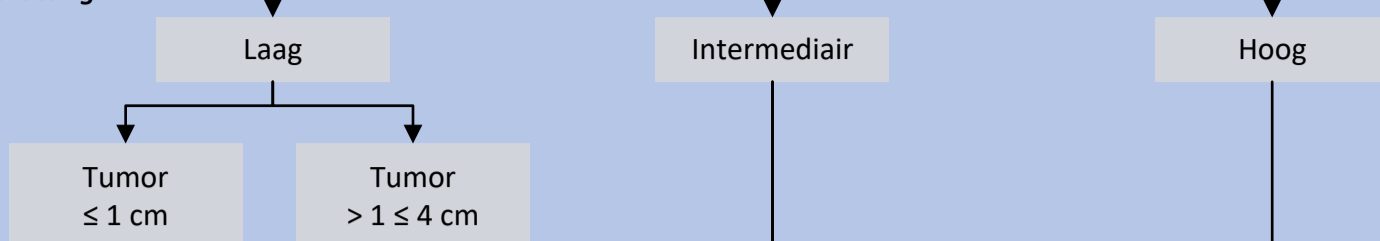


Bespreek in
REGIONAAL MDO¹¹

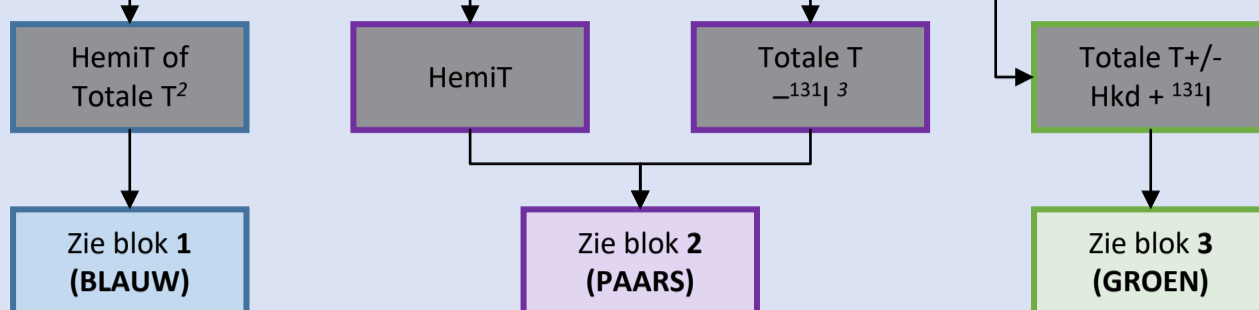
Bespreek in
CENTRAAL MDO¹¹

Patiënt met schildkliercarcinoom

Risico inschatting¹



Behandeling



Herstadiëring 1 jaar na behandeling: Tg-on⁴ (na totale T) en echo hals¹

Lange termijn follow-up plan

1	Uitstekende respons	<ul style="list-style-type: none"> • Indien incidentaloom² hoeft geen herstadiëring plaats te vinden na een jaar. • Indien klinisch manifeste tumor staak follow-up bij uitstekende respons na herstadiëring.
	Structureel onvoldoende of recidief	Overweeg behandeling (operatie+/- ¹³¹ I ; ¹³¹ I alleen en/of radiotherapie indien niet operabel) of follow-up middels Tg-on ⁴ en beeldvorming ⁵ . 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 ⁶ , 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+/- ¹³¹ I ; ¹³¹ I alleen en/of radiotherapie indien niet operabel) of follow-up middels Tg-on ⁴ en beeldvorming ⁵ . 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 ⁶ , staak follow-up.
3	Uitstekende respons	1x/jaar Tg-on ⁴ gedurende 5 jaar na de primaire behandeling. Indien nadien geen afwijkingen; staak follow-up (of kies selectief voor verlengde laagfrequente follow-up). ⁷
	Biochemisch onvoldoende	Overweeg FDG-PET-CT ⁸ . Bespreek in MDO met level 1 ziekenhuis. <ul style="list-style-type: none"> • Bij geen pathologische bevindingen, follow-up middels palpatie hals en Tg-on⁴ 1x/6-12 maanden. Herhaal op indicatie⁹ beeldvorming¹⁰. • Indien pathologische bevindingen, zie structureel onvoldoende of recidief.
	Structureel onvoldoende of recidief	Overweeg behandeling (operatie+/- ¹³¹ I ; ¹³¹ I alleen en/of radiotherapie indien niet operabel) of follow-up middels Tg-on ⁴ en beeldvorming ⁵ . Overweeg FDG-PET CT vooraf. Frequentie follow-up afhankelijk van klinische situatie. MDO met level 1 ziekenhuis.
	Inconclusief	Tg-on ⁴ 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 ⁴ 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 ⁴ . Na een follow-up van maximaal 5-10 jaar kan de follow-up worden gestaakt.

Voetnoten:

1. Na histologisch onderzoek, zie module *Risicostratificatie* 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. Voor patiënten die geen chirurgische behandeling hebben ondergaan, maar een active surveillance beleid gelden de adviezen in de nationale richtlijn Schildkliercarcinoom.
3. Bij patiënten met intermediair risico zonder lymfekliermetastasen indicatie voor ¹³¹I 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. Na een Hemithyroïdectomie is er geen plaats voor een 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, richtinggevend 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*.
11. Deze afspraken komen uit het regiedocument "SchildklierNetwerk; organisatie van zorg".



SchildklierNetwerk document: Regionale afstemming van zorg

In het SchildklierNetwerk werken dokters uit verschillende ziekenhuizen en van meerdere medische specialismen met elkaar samen rondom de zorg voor patiënten met een schildklierziekte of bijschildklierziekte. In het SchildklierNetwerk delen dokters hun kennis en expertise van patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek met elkaar. Hierdoor krijgt de patiënt de beste zorg, op het beste tijdstip en op de beste plek. In dit document beschrijven we afspraken die gemaakt zijn om deze zorg op de juiste plek aan te bieden. Centraal in deze afspraken staan de multidisciplinaire overleggen (MDO's). Binnen een MDO overleggen specialismen met elkaar wat de beste behandeling is voor die ene unieke patiënt.

In het Schildkliernetwerk bestaan drie lagen van advies en/of besluitvorming.

Lokaal besluit: het lokaal, volgens de geldende nationale richtlijnen, behandelen van patiënten door specialisten uit het ziekenhuis waar de patiënt onder behandeling is. Dit is dus een besluit genomen door de behandelaar in de spreekkamer. *Vanzelfsprekend mag de patiënt wel besproken worden in een ander MDO, dit naar inzicht van de hoofdbehandelaar.*

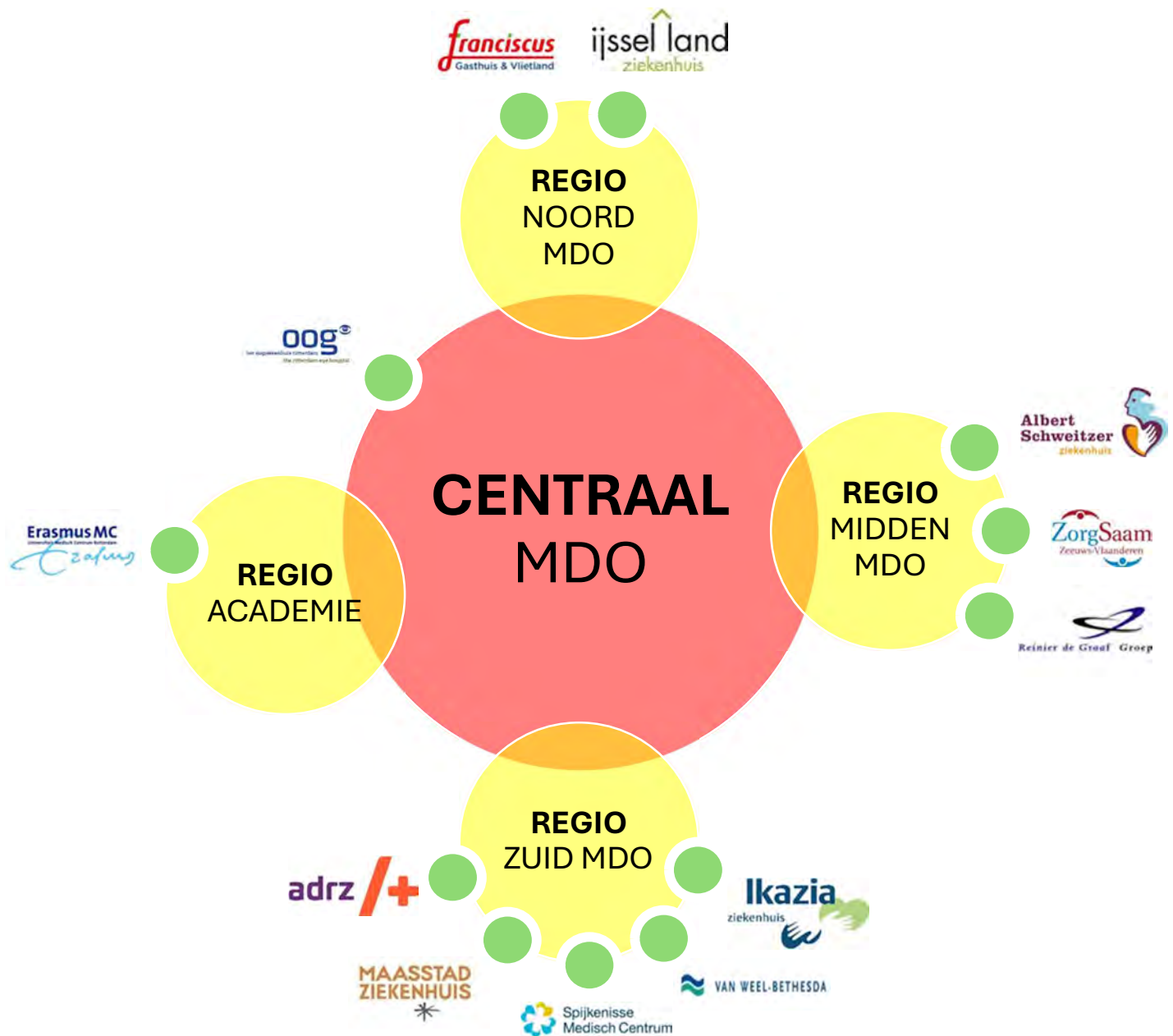
Regionaal MDO: Het MDO waar specialisten van meerdere ziekenhuizen uit het SchildklierNetwerk samenkomen om patiënten te bespreken. Welk ziekenhuis participeert in welk regionale MDO is vastgelegd in ons huishoudelijk reglement en hieronder ook weergegeven (zie ook figuur 1).

- 1.Regio Noord MDO: Sint Franciscus Gasthuis en IJsselland Ziekenhuis
- 2.Regio Zuid MDO: Maasstad Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis, van Weel Bethesda Ziekenhuis, Spijkenisse Medisch Centrum, Admiraal de Ruyter Ziekenhuis
- 3.Regio Midden MDO: Albert Schweitzer ziekenhuis, ZorgSaam ziekenhuis, Reinier de Graaf Gasthuis
- 4.Regio Academie: ErasmusMC (a 4 maanden casus bespreking met LUMC)

Centraal MDO:

Het MDO waar specialisten uit ALLE 12 de ziekenhuizen van het SchildklierNetwerk samenkomen om patiënten te bespreken. Hier is zowel Academische als niet academische inbreng aanwezig.

Figuur 1: weergave van de organisatie van zorg in het SchildklierNetwerk.



De Nederlandse richtlijn schildkliercarcinoom bevat duidelijke informatie betreffende de analyse van een schildkliernodus en de behandeling van het gedifferentieerd schildkliercarcinoom. Internationaal zijn er ook richtlijnen opgesteld voor benigne en maligne schildklieraandoeningen. Het SchildklierNetwerk werkt volgens de nationale aanbevelingen die zijn vastgelegd in de Nederlandse richtlijn Schildkliercarcinoom. Ook zijn er in het SchildklierNetwerk afspraken gemaakt over patiënten met bijschildklierproblematiek. Er kan beargumenteerd afgeweken worden van de richtlijnen, vaak heeft dit met individuele patiënt karakteristieken te maken en voortschrijdende kennis.

Als SchildklierNetwerk vinden we het belangrijk dat patiënten op de juiste plek de juiste zorg krijgen. Om de kwaliteit van zorg hoog te houden en de regionale expertise te benutten zijn de eerdergenoemde MDO's ingericht. Tegelijk met het nastreven van hoge kwaliteit van zorg, dienen deze besprekingen zo efficiënt mogelijk te zijn voor de zorgverleners om toekomstbestendig te blijven.

Hieronder vindt u een tabel met afspraken die gemaakt zijn over MDO's en verwijzingen.

Tabel 1 Afspraken over verwijzingen en/of MDO besprekingen:

(LET OP! Deze tabel kan niet elke schildklierentiteit omvatten. Elke zorgverlener die advies wenst over een patiënt is van harte aangemoedigd dit te doen in het meest gepaste MDO.)

	Omschrijving klinische entiteit	Lokaal besluit	Regionaal MDO	Centraal MDO
B2	Benigne Schildkliernodus of cyste	✓	<i>Op indicatie: RFA expertise</i>	
MNS	Multinodulair struma	✓		<i>Op indicatie: Indien (mogelijk) noodzaak sternotomie.</i>
B3/4	(Verdenking op) indifferente schildkliernodus (Bethesda 3 en/of 4)	✓		
B5/6	(Verdenking op) een goedgedifferentieerd schildkliercarcinoom (Bethesda 5 en/of 6)		✓	✓ Indien > 4 cm
N+	FNA bewezen of radiologisch pathologische lymfogene metastasen van een goed gedifferentieerd schildkliercarcinoom			✓ + direct verwijzen EMC*
WIDTC of de-diff	Patiënten met een (sterke verdenking op) een widely invasive of slechtgedifferentieerd schildkliercarcinoom			✓ + direct verwijzen EMC*

MTC	Patiënten met een (sterke verdenking op een) medullair schildkliercarcinoom			✓ + direct verwijzen EMC*
ATC	Patiënten met een (sterke verdenking op een) anaplastisch schildkliercarcinoom			✓ + direct verwijzen EMC*
M+	Patiënten met hematogene metastasen van een goed gedifferentieerd schildkliercarcinoom.			✓
(P)HPT	Patiënten met een (sterke verdenking op een) primaire hyperparathyreoïdie	✓	<i>Op indicatie: Patiënten met een (sterke verdenking op een) secundaire / tertiäre of erfelijke vorm van hyperparathyreoïdie of diagnostisch dilemma.</i>	

*Het is aan de verwijzer om een keuze te maken tussen een directe verwijzing naar het ErasmusMC of om eerst de patiënt zelf in te brengen en te bespreken in het centrale MDO als dat passender is voor de zorgvraag. *Bijvoorbeeld: In het kader van palliatieve zorg is een fysieke verwijzing niet altijd passend.*

Kernwaarden second opinion binnen het SchildklierNetwerk

Het streven van het SchildklierNetwerk is de juiste zorg op de juiste plek. Er is toenemende druk op het zorgsysteem en het is de ambitie om elke patiënt de zorg te bieden die nodig is. Het ErasmusMC heeft als Academisch Schildkliercentrum ook de specifieke taak om toegang tot zorg te borgen voor patiënten die academische zorg nodig hebben.

Om efficiënte en juiste zorg te leveren zijn de SchildklierNetwerk MDO's geschikt voor een "papier second opinion" door meerdere ziekenhuizen tegelijk. Patiënten hoeven niet te reizen en het zorgsysteem wordt niet dubbel belast, terwijl er wel een breed gedragen advies volgt. Het is het streven van het SchildklierNetwerk om een second opinion binnen het SchildklierNetwerk te voorkomen. In uitzonderlijke gevallen kan een fysieke second opinion van een SchildklierNetwerk ziekenhuis in een ander SchildklierNetwerk ziekenhuis gehonoreerd worden. Hierbij is er altijd onderlinge afstemming tussen de betrokken specialisten voordat een second opinion daadwerkelijk wordt ingezet.

Logistieke afspraken REGIONALE MDO's:

- Aanmelding gebeurt compleet en volledig elektronisch
- Ingebrachte patiënten worden (idealiter) besproken door de hoofdbehandelaar zelf
- Het is de intentie van elkaar te leren door regelmatig casuïstiek met elkaar te delen. Derhalve is er de wens dat elk ziekenhuis vertegenwoordigd is in het betreffende REGIONALE MDO en dat diverse specialismen met regelmaat streven aan te sluiten.

Logistieke afspraken CENTRALE MDO:

- Aanmelding gebeurt compleet en volledig elektronisch via Anneke Hokke via email: schildkliercentrum@erasmusmc.nl
- Woensdag in de ONEVEN weken; Tijdstip: 17.30 - 18.00
 - o Van jan – juni start het centrale MDO met de Graves Orbitopathie patiënten.
 - o Van Juli – dec start het MDO met de schildklier patiënten.
- **PILOT t/m juni 2026: Patiënten die “CONFORM ZORGPAD” direct verwezen worden naar het EMC worden in het eerstvolgende centrale MDO door het EMC benoemd met gelegenheid tot wederzijds aanvullende vragen. Het verwijzend ziekenhuis dient derhalve aanwezig te zijn bij dit MDO.**
- Ingebrachte patiënten worden (idealiter) besproken door de hoofdbehandelaar zelf
- Het is de intentie als regio zoveel mogelijk van elkaar te leren door deelname aan het MDO. Derhalve is er de wens elk ziekenhuis vertegenwoordigd te hebben bij het CENTRALE MDO en dat diverse specialismen met regelmaat streven aan te sluiten.