**Nodus of multinodulair struma**

Stap 1. TSH, indien afwijkend: geen FNA (de onderliggende aandoening verklaart het struma, kans op maligniteit verwaarloosbaar), onderliggende aandoening behandelen.

Stap 2. echo → simpele cyste of niet-palpabele nodus plus echografisch kleiner dan 1,5 cm: geruststelling, einde consult.

Stap 3. klinisch maligne, dus fixatie aan omgeving, lymfadenopathie, echografisch onscherpe grens of microcalcificaties: geen FNA maar bespreken bij MDO

– niet bij: nieuwe heesheid, snelle groei, > 4 cm, onregelmatige vorm, geen halo, hypoechogeen

**FNA**

echogeleid

 van twee meest afwijkende nodi

 Bethesda 1 → 1x herhalen → nog steeds Bethesda 1 → MDO

 Bethesda 2 → geruststelling, ontslag, niet herhalen
 Bethesda >2→ MDO





Incidentaloom CT → conform bovenstaande

Incidentaloom PET-CT → conform bovenstaande maar nooit afzien van FNA

Bij ontslag van controle:

– advies bij groei of klachten opnieuw contact opnemen.

– geen jaarlijkse TSH of echo hals zoals in Angelsaksische literatuur.

Bij herverwijzing: daadwerkelijke groei >25% → herhaling diagnostiek.

**Indicaties therapie**

Schildklier <100 cc → nooit indicatie therapie indien geen maligniteit.

Dyspnoe: CT thorax zonder contrast, bij tracheavernauwing van 1 cm of meer indicatie therapie.

Dysfagie: indicatie indien bij i.c.c. KNO struma oorzaak blijkt, niet zelf slikfoto maken.

Cosmetische of andere redenen: verwijzing chirurg voor uitleg en overwegingen.

Behandeling:

 keus 1: schildklierchirurgie via MDO.

 keus 2 (bijv. bij matige conditie of weigering door patiënt): radio-actief jodium.

 – nadelen: geen PA, slechts +/- 30% V-afname, grotere kans recidief.

 – niet bij compressie andere organen: geeft tijdelijke toename struma.

 geen TSH-suppressie: effectiviteit minimaal, tevens lange termijn effecten.

**Voorlichting chirurgie.**

Kans op problemen wisselt in literatuur en is afhankelijk van de kwaliteit van de chirurg.

In FZ hoge kwaliteit.

Standaard: bloeding, infectie, seroom.

Specifiek: 2-9% heesheid/recurrenslesie, hypoparathyreoidie 3%, dysfagie 8%.

Zeldzaam: dubbelzijdige recurrenslesie (stridor/dyspnoe), trachea- of oesofaguslesie (emfyseem), chyluslekkage, Horner.

Tevens uiteraard hypothyreoidie hoewel kans bij hemi laag is.

**Voorlichting radio-actief jodium.**

Complicaties:

– Kan verergering Graves oftalmopathie geven: niet bij matig actieve Graves’ oftalmopathie.

– Uiteraard ook: hypothyreoidie of onvoldoende effect.

Isolatie: 1 tot meer dagen. Daarna +/- 2 weken leefregels.

**Therapie hyperthyreoidie door MNS of Graves**

**Voorkeur 1. block-and-replace, in principe alleen indien Graves**

Bij Graves kan 1 ronde van jaar (of langer) medicamenteuze therapie overwogen worden.

Agranulocytose: 0,1 - 0,5%, meestal eerste maanden.

Hepatotoxiciteit: in 1997 analyse, 49 gevallen van hepatotoxiciteit, geschatte incidentie 1:10.000.

Labcontrole voor beide echter niet zinvol.

Zeldzaam: vasculitis, pancreatitis, insulinoom.

Evt. bij ouderen die geen radio-actief jodium willen/aankunnen vanwege isolatie en leefregels. Dan kan ook monotherapie lage dosis strumazol overwogen worden.

**Voorkeur 2.** radio-actief jodium tenzij obstructief struma.

**Voorkeur 3**. chirurgie in de praktijk eigenlijk alleen bij

– allergie voor thyreostatica plus zwangerschap of weigering patiënt radio-actief jodium

– ook verdenking schildkliercarcinoom

– ook primaire hyperparathyreoidie