

Knöl i sköldkörteln - utredning

(Ansvarig Frans Perris, 2023-09-29, Vårdpraxis\Ämnesområde\Kirurgi)

▼ Dokumentfakta

Ansvarig:	Frans Perris/US/VLL/SE
Arbetsgrupp:	Martin Claesson, Maria Sandström, Cecilia Sjöblom Fall, Bengt Lind
Giltighetsområde:	Regionen
Omarbetas senast:	2028-12-31

Knöl i Sköldkörteln - PM för utredning i Region Västerbotten

Omfattar diagnoskoder: E04.0 E04.1 E04.2 E04.9 D34.9 D44.0 C73.9

Målgrupp

Läkare som remitterar patienter för bedömning av struma inklusive solitär knöl i Sköldkörteln.

Medicinsk bakgrund

Tyreoideaförstoring är vanligt och 5-10% av befolkningen har en palpabel knöl i tyreoidea. Struma är vanligare hos kvinnor ($\approx 4/1$) och prevalensen ökar med stigande ålder. Med ultraljud kan man upptäcka tyreoideaförändringar hos 50% av befolkningen. En mycket liten andel av alla förändringar i tyreoidea är maligna.

Tyreoideacancer - Den årliga incidensen i Sverige är cirka 6/100 000, vilket motsvarar drygt 600 nya fall per år. Tyreoideacancer förekommer i alla åldrar och två tredjedelar av de drabbade är kvinnor. Papillär tyreoideacancer är den vanligaste typen och utgör närmare 80 % av all tyreoideacancer. Trots att det ofta förekommer lymfkörtelmetastaser på halsen vid diagnos är prognosen vanligen god. Follikulär tyreoideacancer näst vanligast och därefter medullär tyreoideacancer som vid MEN-syndrom. Anaplastisk tyreoideacancer är ovanlig men däremot en mycket aggressiv tumör med dålig prognos.

Förändringar i tyreoidea upptäcks ofta som bifynd vid andra röntgenundersökningar och antalet av dessa patienter är mycket stort. Även förekomsten av diffus förstoring av sköldkörteln eller/samt palpabla knölar är vanligt. För att kunna bedöma och hantera inremisser på patienter med förändringar i tyreoidea behövs ett bättre underlag i dagsläget.

Ca 120 sköldkörtelpatienter opereras årligen på NUS och av dessa ett 40-tal med cancer.

Patienter med cancer omfattas av MDT-konferens samt onkologisk behandling där behov finns.

Ett PM för sköldkörtelförstoring i Västerbottens läns landsting är sammanställt av Länssamrådsgruppen i endokrinkirurgi och baserar sig på rekommenderad utredningsgång enligt Nationellt Vårdprogram för Tyreoideacancer och senaste guidelines från American Thyroid Association (ATA) respektive European Thyroid Association (ETA).

Flödesschema/Process

1) Patientbesök - remiss för UL med cytologi

2) Cyt-svar Bethesda 3-6 eller patient med uttalade kompressionsbesvär remitteras till kirurgmottagningen.

- Ultraljud med punktion för cytologi är numera standardmetoden för utredning av förändringar i sköldkörteln. Vid "blind" punktion på "fri hand" missas förändringar av klinisk betydelse. Även lymfkörtlar kan vara aktuella för punktion.

- Tillsammans med cytologisvaret följer även en så kallad Bethesdaklassifikation som värderas (se nedan).

- Inremitterande bör ta ställning till subjektiva symptom/besvär, lab-svar, ultraljudssvar samt Bethesda-score.

- Ofta anges EU-TIRADS i ultraljudssvaret. Det är en skala som används av de som utför ultraljud och är ett beslutsstöd för att bestämma vilka förändringar som skall punkteras. I det skrivna svaret bör det framgå om punktion rekommenderas pga. avvikande EU-TIRADS.

Diagnostik och tolkning av Bethesda

OBS! Röntgen med jodinhållande kontrastmedel kan försvåra eventuell postoperativ onkologisk behandling med radiojodablation vid cancersjukdom i sköldkörteln och bör undvikas.

Ultraljudsundersökning med cytologi är underlaget för en bedömning om operationsindikation föreligger.

Bethesda 1 betyder att cellprovet ej kan värderas och kan ej närmare diagnostiseras, ompunktion rekommenderas!

Bethesda 2 betyder att förändring är godartad och utgör den stora grupp av patienter som ej behöver remitteras såvida de inte har uttalade kompressionsbesvär. Uppföljning av patienten rekommenderas för att se om sköldkörteln tillväxer, till exempel årligen för att sedan glesa ut kontrollerna.

Bethesda 3-6 är atypi i tilltagande grad där 6 är att betrakta som klar cancer. Alla dessa skall remitteras till kirurgen för en bedömning. OBS! Bethesda 4-6 bedöms på inremiss och går via SVF. Bethesda 3 påtittas av kirurg en gång till med ultraljud då ompunktion oftast är nödvändig. I gruppen Bethesda 3 döljer sig ca 10% med cancer.

Remiss

Efter utförd ultraljudsundersökning med cytologi av patienter med sköldkörtelförstoring ska endast de patienter som har symtom eller ett Bethesda-score >3-6 remitteras för bedömning om operativ åtgärd. Kirurg kan vid inremissbedömning såklart när som helst välja att starta SVF vid malignitetsmisstanke. Råder stor osäkerhet kring en patient bör man ta telefonkontakt med kirurgmottagningen för rådgivning.

Remiss ska innehålla;

- Om Patienten har trycksymtom, heshet, sväljningsbesvär.
- Debut av förändringen, Sidolokalisation, Status – konsistens, mobilitet
- Hereditet
- Om patienten är tidigare sköldkörtelopererad
- Om patienten tidigare erhållit strålbehandling mot halsområdet
- Aktuella sjukdomar. Normalt allmänstatus; BT, Cor, Pulm
- Uppdaterad läkemedelslista i BMS
- Cytologisvar med Bethesda-score
- Lab - Tyroideastatus samt korrigerat kalkvärde (korr S-Ca)

Behandling

Patienter med struma utan fokala trycksymptom som t.ex sväljningsbesvär och med ett Bethesda-score 2 på cytologisvaret kan följas i primärvården antingen med överenskommelse att patienten själv hör av sig eller med glesa, t.ex. årliga, kontroller för att få en uppfattning om struman är stationär eller tillväxer. Således krävs ingen ny bilddiagnostik utan man bedömer kliniskt och anamnestiskt om det förefaller finnas en tilltagande tillväxt av struman som i sådana fall yttrar sig som en tillväxt palpatoriskt eller rapporterade nyttillkomna sväljnings- och

trycksymptom från patienten.

Patienter med tyreotoxikos, oklar hypotyreos samt frågeställning kring tyreoidit skall i första hand remitteras till Medicinkliniken.

Uppföljning

Opererade patienter kan ha behov av inställning av livslång Levaxinbehandling postoperativt och det kan med fördel skötas i primärvården. Det gäller alla patienter opererade med total tyreoidektomi men även vissa opererade med hemityreoidektomi där kvarvarande körtelvävnad ej räcker till för hormonproduktion.

PM angående sköldkörtelförstoring i Västerbottens läns landsting uppdateras årligen om inte förändringar i flödesprocessen ändras under året.

Länkar och referenser

Nationellt Vårdprogram för Tyreoideacancer (www.cancercentrum.se) / SQRTPA-register/ Internetmedicin.se / American Thyroid Association (ATA) resp. European Thyroid Association (ETA)

Utarbetat av Tyreoideagruppen, Västerbottens läns landsting; Frans Perris, Martin Claesson, Maria Sandström, Bengt Lind, Cecilia Sjöblom Fall