

Schilddrüsenkrebs, Schilddrüsenkarzinom, Struma maligna, C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse				
Varianten	Undifferenziertes Karzinom	Differenzierte Karzinome		C-Zell-Karzinom
	anaplastisch	follikulär	papillär	medullär
Warnsignale	Heiserkeit, Hustenreiz, Schluckbeschwerden, Luftnot, vergrößerte Lymphknoten im Halsbereich, nicht schluck-verschiebliche Schilddrüsenknoten			
Ursachen	Die Ursachen für das Entstehen dieser Krebsarten sind bisher nicht eindeutig bekannt.			Veränderungen im Erbgut (Mutation des Chromosom 10)
	Risikofaktoren: Bestrahlung des Halses im Kindes- und Jugendalter sowie Jodmangel.			
Diagnose	Sonografie (echoarmer Bereich), Szintigrafie (kalter Knoten), Feinnadelbiopsie (zytologische Auffälligkeiten), Computer- oder Kernspintomographie (CT, MRT), Kehlkopf-, Luft- und Speiseröhrenspiegelung			
	keine Tumormarker			Tumormarker Calcitonin, zusätzliche Stimulation durch Pentagastrintest
Häufigkeit	5000 Schilddrüsenkrebs-Neuerkrankungen jährlich			
	5 – 25 %	40%	30%	5 – 10 %
	spontanes Auftreten			75 % spontan, 25 % familiär gehäuft
	Erkrankungsalter 50 – 60 Jahre	Prinzipiell jedes Lebensalter		
Therapie	Immer: Operative Entfernung der gesamten Schilddrüse. Häufig: Entfernung der Lymphknoten im Schilddrüsengebiet		Operative Entfernung der gesamten Schilddrüse (Ausnahme Mikrokarzinome unter 1 cm)	Immer: Operative Entfernung der gesamten Schilddrüse
	keine Radioiodtherapie!	Schilddrüsenhormontzug oder Gabe von Thyrogen® mit anschließender Radioiodtherapie		keine Radioiodtherapie!
	Relativ selten: Bestrahlung, Chemotherapie			
	TSH-Suppressive Schilddrüsenhormontherapie auf unter 0,1 mU/l			Nicht TSH-abhängig, also keine TSH-Suppression erforderlich
Heilungschancen	Unter 10 %	Bis zu 80 %	Bis zu 90 %	60 – 70 %
Kontrolluntersuchungen	Bestimmung des Thyreoglobulin (Tumormarker)		(Nachweis eosinophile Kalziumflecken)	Bestimmung des Calcitonin (Tumormarker)
	Ganzkörperszintigrafie			
	Positronenemissionstomographie (PET)			
	Sonografie			