

Differenziertes Schilddrüsen-Karzinom (papillär und follikulär)	Therapieende	nach Therapieende					
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	fortlfd.
	..20__	..20__	..20__	..20__	..20__	..20__	
<b>Bildgebende Untersuchungen zur Früherkennung eines Rezidivs sowie laborchemische Kontrollen der Therapie mit L-Thyroxin entsprechend der Empfehlungen im Therapieprotokoll (S. 31); alternativ s.a. aktuelle Version der ATA-Guidelines (*)</b>							
<b>Endokrinologie</b>							
<b>alle Patienten</b>							
Körperhöhe <sup>1</sup>	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich
Körpergewicht	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich
BMI <sup>2</sup>	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich
Blutdruck	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich
<b>zusätzlich nach Radio-Iod-Therapie und/ oder Chemotherapie</b>							
Tanner Stadien (inkl. Hodenvolumen, Menarche) <sup>3</sup>	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich
Sexualhormone (LH, FSH, Testosteron (♂) bzw. Östradiol(♀)) <sup>4</sup>	mindestens vor Therapiebeginn und im Alter von 13 Jahren (♀) bzw. 14 Jahren (♂)						
Fertilität	bei Bedarf Fertilitätsberatung, ggfs. bei ♂ inkl. Spermogramm (insbesondere nach Radio-Iod-Therapie mit kum. Aktivität ≥400 mCi (14,8 GBq))						
Knochenstoffwechsel	bei Knochenschmerzen, Wirbelsäulenveränderungen, verminderter Gehstrecke, patholog. Frakturen, Fehlstellungen weiterführende Diagnostik gem. AWMF-LL Nr. 025-030						
<b>zusätzlich nach zervikaler Bestrahlung (Nebenschilddrüse im Strahlenfeld)</b>							
Nebenschilddrüse	bei Hyperkalzämie Parathormon bestimmen (Hyperparathyreodismus)						

**Nach weiteren therapeutischen Expositionen bzw. Interventionen (z.B. Therapie mit Thyrosin-Kinase-Inhibitoren) sind ggf. in direkter Absprache mit dem (pädiatrischen) Endokrinologen weiterführende Nachsorge-Untersuchungen erforderlich.**

\* Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ, Angelos P, Benvenga S, Cerutti JM et al.: Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer; THYROID (2015); 25 (7): 716-59

<sup>1</sup>Jährliche Untersuchung bis zum Abschluss des Körperhöhenwachstums

<sup>2</sup> Beurteilung Übergewicht/Adipositas bzw. Untergewicht anhand der Perzentilen von Kromeyer-Hauschild et al. (Monatsschr. Kinderheilk. (2001) 149:807-818). Bei erwachsenen Patienten: Untergewicht BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, Übergewicht BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>, Adipositas BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>. Nach einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter kann ein erhöhter Körperfettanteil bei normalem BMI vorliegen, daher ggfs. bei Kindern ≥ 11 Jahre bzw. Erwachsenen zusätzlich Messung des Taillenumfanges (bei Kindern Beurteilung nach Kromeyer-Hauschild et al. (Int J Pediatr Obes. (2011) 6(2-2):e129-37) bzw. Taillenumfang Erwachsene: < 88 cm (♀) bzw. < 102 cm (♂) (WHO, 2000; EASO, 2002))

<sup>3</sup>Jährliche Untersuchung bis zum Abschluss der Pubertätsentwicklung. Zur Erkennung eines Sexualhormonmangels bei erwachsenen Patienten regelmäßige (jährliche) Anamnese zu Zyklusstörungen (♀), Libido und sexueller Funktion

<sup>4</sup> Bei klinischen Anzeichen einer verzögerten Pubertät, bzw. eines Testosteronmangels (♂) oder einer Ovarialinsuffizienz (♀), weitere Diagnostik und ggfs. Therapie durch den pädiatrischen Endokrinologen

Erstellt von: Denzer C, Fuchs M (Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Ulm) für die AG Langzeitbeobachtung der GPOH; Stand: 02/ 2018  
Empfehlungen gemäß der S3-Leitlinie „Endokrinologische Nachsorge nach onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ (AWMF 025-030)