

Regional medicinsk riktlinje för handläggning av tyreoida knölar hos vuxna

En regional medicinsk riktlinje är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa. Undantag kan göras om det finns starka skäl i det enskilda fallet. Undantaget ska dokumenteras och motiveras av den som tar beslutet.

Regionala medicinska riktlinjer tas fram i samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av regional chefläkare.

Fastställd: 2026-10-01

Giltig till: 2029-10-01

www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer

Innehållsförteckning

Uppdatering/Bakgrund.....	1
Förankring och remissyttrande.....	1
Introduktion	1
1 Anamnes.....	2
2 Status	2
3 Provtagning	2
4 Indikationer för ultraljud tyreoidea vid tyreoideaknöl.....	3
5 Ultraljud	3
6 Hantering av tyreoideaknölar som inte kvalificerar sig för finnålspunktion.....	4
7 Cytologisk klassifikation enligt Bethesda och hantering utifrån cytologisvar	5
8 Remiss för kirurgi	6
9 Standardiserat Vårdförlopp (SVF)	6
Misstanke	6
Filterfunktion	7
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp	7
Remiss för utredning vid välgrundad misstanke	7
Dokumentinformation	8
Referenser.....	9

Uppdatering/Bakgrund

Ny riktlinje.

Förankring och remissyttrande

Riktlinjen är förankrad via remissrunda till LPO Öron- näsa- halssjukdomar, Cancersjukdomar, Barn- och ungdomars hälsa, Kirurgi- och plastikkirurgi och Medicinsk diagnostik. Den är även förankrad via remissrunda till AKO och LPR.

Introduktion

Tyreoideaknölar är vanliga, särskilt hos äldre individer. Majoriteten är benigna (~95 %) och även de flesta maligna knölar i sköldkörteln är relativt indolenta cancrar. Risken för död är mycket låg även vid bekräftad väldifferentierad malignitet, särskilt hos yngre patienter. Utmaningen är att effektivt identifiera de få farliga maligna fallen.

Maligna knölar växer oftare och snabbare än benigna. Dock kan även många benigna knölar växa över tid, utan att detta signalerar en ökad malignitetsrisk. Tillväxt i sig är inte en tillförlitlig indikator på malignitet.

Överdriven uppföljning skapar oro hos patienten och kan leda till onödiga biopsier eller operationer med potentiella komplikationer. Resurser bör användas där de gör störst nytta, och patientens livskvalitet bör beaktas vid alla beslut.

Riktlinjen gör vissa avsteg från European Thyroid Association (ETA) guidelines (1) genom att i större utsträckning avsluta uppföljningen efter benign cytologi (Bethesda II) vid noduli med låg-intermediär risk (EU-TIRADS 2–4), och även att ha en mer restriktiv hållning till upprepade ultraljudskontroller.

Denna regionala riktlinje vänder sig till alla läkare som hanterar knölar i sköldkörteln. Området är svårnavigerat och det saknas evidens för hur och hur länge dessa knölar ska följas. Vid osäkerhet kring hantering föreslås diskussion med endokrinkirurg.

1 Anamnes

Anamnesen bör inkludera frågor kring tyreoidesjukdomar i släkten, förekomst av tyreoides cancer eller annan malignitet i släkten och strålning mot halsen i barndomen. Vad gäller själva knölen ökar anamnes på snabb tillväxt, smärta, heshet eller annan röstförändring risken för malignitet.

2 Status

Vid undersökning palperas tyreoides och lymfkörtlar på halsen. Förändringar som är stora, hårda, rör sig inte vid sväljning och där förstoring av regionala lymfkörtlar föreligger är misstänkta för malignitet.

3 Provtagning

Provtagning med TSH görs på alla nyupptäckta tyreoidesknölar. Vid avvikande TSH ska förutom utredning av knölen även genes till detta fastställas enligt sedvanliga rutiner.

4 Indikationer för ultraljud tyreoida vid tyreoidaenknöl

- Nyupptäckt knöl/struma/asymmetri i tyreoida i samband med palpation.
 - Vid sänkt TSH $<0,2$ i upprepade prover, överväg i första hand tyreoidaescintigrafi då "varma adenom" mycket sällan är maligna.
- Tillväxt av tidigare känd knöl eller struma.
- Sänkt upptag i en knöl på tyreoidaescintigrafi ("kallt adenom").
- Incidentalom ≥ 15 mm upptäckta vid undersökning med CT eller MR (≥ 10 mm vid ålder <35 år)
- Fokalt upptag i tyreoida på FDG-PET (2).

Ultraljud bör **ej** utföras som screening hos asymtomatiska patienter utan riskfaktorer.

5 Ultraljud

Vid ultraljudsundersökningen beskrivs lokalisation, storlek och utseende av knölen och knölen klassificeras enligt EU-TIRADS (3) (Tabell 1). Förändringar <10 mm, med undantag för EU-TIRADS 5 förändringar enligt nedan, beskrivs inte. Utifrån EU-TIRADS tas ställning till vidare utredning med fin nålpunktion med cytologisk klassificering enligt Bethesda. Vid multinodös struma beskrivs alla knölar >10 mm enligt ovan och ställning till utredning med fin nålpunktion tas på samma sätt som vid enskild knöl. Om det finns flera knölar med liknande utseende i samma lob, punkteras den största knölen i den loben. Om liknande knölar finns i båda loberna, punkteras den största knölen i vardera loben.

Ultraljudsundersökningen ska även omfatta bedömning av cervikala lymfkörtlar; förekomst eller frånvaro av malignitetsmisstänkta lymfkörtlar ska anges i utlåtandet.

Tabell 1.

EU-TIRADS-kategori	Riskkategori (malignitetsrisk)	Beskrivning	Förslag till åtgärd
EU-TIRADS 1	Benign (0%)	Normal sköldkörtel, ingen knöl	Ingen åtgärd
EU-TIRADS 2	Benign (0%)	Cysta, helt spongiformt nodulus	Ingen uppföljning
EU-TIRADS 3	Låg risk (2–4%)	Iso/hyperekogent, välavgränsat nodulus utan malignitetssuspekta drag	Finnålspunktion vid ≥ 20 mm
EU-TIRADS 4	Intermediär risk (6–17%)	Svagt hypoekogent, välavgränsat nodulus utan malignitetssuspekta drag	Finnålspunktion vid ≥ 15 mm
EU-TIRADS 5	Hög risk (26–87%)	Minst ett högriskkriterium: uttalad hypoekogenicitet, oregelbunden form, oregelbundna kanter, mikrokalcifikationer	Finnålspunktion vid ≥ 10 mm

Vid extratyreoidal växt eller malignitetsmisstänkta lymfkörtlar rekommenderas finnålspunktion oberoende av EU-TIRADS och storlek.

6 Hantering av tyreoidaknölar som inte kvalificerar sig för finnålspunktion

Tabell 2.

EU-TIRADS-kategori	Hantering
EU-TIRADS 2	Ingen uppföljning
EU-TIRADS 3 (<20 mm)	Ingen uppföljning
EU-TIRADS 4 (<15 mm)	Kontrollultraljud efter 12 månader, därefter avslut om oförändrad*
EU-TIRADS 5 (<10 mm)	Kontrollultraljud efter 6–12 månader, därefter individuell bedömning

* Vid storleksprogress (= en ökning i storlek med minst 20 % i minst två av tre dimensioner [längd, bredd, djup] och minst 2 mm ökning i samma plan) eller högre EU-TIRADS klass ska i första hand en ny finnålspunktion göras och svaret diskuteras med endokrinkirurg.

7 Cytologisk klassifikation enligt Bethesda och hantering utifrån cytologisvar

Man bör notera att det finns en stor variation mellan olika cytopatologer när det gäller Bethesda-klassificering (4) av finnålsutstryk. Ultraljudsbilden och den cytologiska bilden kan tillsammans öka eller minska risken för malignitet.

Malignitetsrisken beror på många faktorer och siffror i Tabell 3 är baserade på olika populationer från många delar av världen och speglar inte nödvändigtvis hur det ser ut i Region Skåne. Studier på svenskt material har inte gjorts.

Tabell 3.

Bethesda-kategori	Betydelse (malignitetsrisk)	Förslag till åtgärd
Bethesda I	Otillräckligt material (5–20%)	Ny punktion. Vid upprepad Bethesda I, överväg mellannålsbiopsi. Om fortsatt ickediagnostiskt svar, ultraljudsuppföljning* eller remiss till endokrinkirurg.
Bethesda II	Benign (2–7 %)	EU-TIRADS 2–4: Avslut EU-TIRADS 5: Ny punktion. Om ny punktion med Bethesda II, avslut.
Bethesda III	Atypi av oklar signifikans (totalt 13–30%. Nukleär atypi 36–44%, annan atypi 15–23%)	Ny punktion. Vid upprepad Bethesda III, ultraljudsuppföljning* eller remiss till endokrinkirurg (ffa vid EU-TIRADS 4–5 eller cytologiskt fynd av nukleär atypi). Mellannålsbiopsi kan övervägas.
Bethesda IV	Follikulär neoplasi (23–34%)	Remiss enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) till endokrinkirurg.
Bethesda V	Misstänkt malign (67–83%)	Remiss enligt SVF till endokrinkirurg.
Bethesda VI	Malign (97–100%)	Remiss enligt SVF till endokrinkirurg.

*Det finns inga evidensbaserade rekommendationer om lämpliga uppföljningsintervall och när ultraljudsuppföljning kan avslutas. Rimlig tidpunkt för första kontroll kan vara efter 12–24 månader. Om ingen förändring i storlek eller ultraljudsutseende har skett efter 3 år kan uppföljning avslutas. Vid storleksprogress eller högre EU-TIRADS klass ska i första hand en ny finnålspunktion göras och svaret diskuteras med endokrinkirurg.

Patienter som avslutas från uppföljningen informeras om att kontakta primärvårdsläkare för en förnyad bedömning vid upplevd tillväxt eller andra nytillkomna symtom på halsen.

8 Remiss för kirurgi

Remiss till endokrinkirurg skickas enligt förslag i Tabell 3. I vissa fall tillämpas standardiserat vårdförlopp (5,6). Remiss till endokrinkirurg kan även övervägas vid benign cytologi men betydande lokala kompressionssymtom, kosmetiska besvär eller retrosternal struma.

9 Standardiserat Vårdförlopp (SVF)

Misstanke

Följande ska föranleda misstanke:

- Nyttillkommen eller växande fast knöl i sköldkörteln.
- Knöl i sköldkörteln:
 - med förekomst av sköldkörtelcancer i släkten
 - med anamnes på joniserande strålning mot halsen
 - hos patienter <20 eller >60 år, speciellt hos män
 - med förstörade, malignitetsmisstänkta lymfkörtlar på halsen
- Oförklarlig heshet, stämbandspares utan annan förklaring eller röstförändring hos en patient med struma.
- PET-positivt fynd i sköldkörteln.

Vid misstanke ska patienten remitteras till ultraljud och finnålspunktion (filterfunktion).

Vid klinisk misstanke om odifferentierad (anaplastisk) sköldkörtelcancer (snabbt tillväxande, fixerad, hård knöl, eventuellt med andningspåverkan) skall patienten handläggas akut. Kontakt tas

med lokal kirurgi- eller ÖNH-klinik och utredning sker med mellannålsbiopsi, helst samma dag.

Filterfunktion

Filterfunktionen utgörs av ultraljudsundersökning av sköldkörteln och finnålspunktion med svar enligt Bethesdakategorisering. Den som tar emot svar på en undersökning som visar välgrundad misstanke ska starta det standardiserade vårdförloppet.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid minst ett av följande:

- Ultraljudsfynd talande för sköldkörtelcancer.
- Cytologiskt fynd med misstanke om sköldkörtelcancer (Bethesdakategori $\geq$ IV).

Remiss för utredning vid välgrundad misstanke

Innan SVF-remiss skickas, beakta att patienten önskar, har nytta av och klarar av utredningen. Beslutet ska fattas i samråd med patienten och eventuellt närstående om patienten önskar det.

Remiss vid välgrundad misstanke om sköldkörtelcancer ska innehålla:

- Bethesdakategori om det finns angivet på cytologisvar.
- Tyreoideastatus inkl. uppgift om stämbandsstatus har bedömts.

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Tereza Planck	Överläkare endokrinologi	Tereza.Planck@skane.se
Fastställt av	Åsa Rudin	Regional chefläkare (tf)	Asa.Rudin@skane.se
Sakkunniggrupp	Martin Almqvist	Överläkare kirurgi	Martin.Almqvist@skane.se
	Carl-Fredrik Warfvinge	Specialistläkare onkologi	CarlFredrik.Warfvinge@skane.se
	Maja Ekman	Biträdande överläkare radiologi	Maja.J.Ekman@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Redaktionen för regionala medicinska riktlinjen	Redaktionellt arbete	ksredaktion@skane.se
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	Elisabeth.Daulin@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2026-10-01	2029-10-01	Tereza Planck

Åsa Rudin
 
 Elektroniskt
 undertecknad av Åsa
 Rudin
 Datum: 2026.10.08
 15:48:48 +02'00'

Referenser

1. Durante C. 2023 European Thyroid Association Clinical Practice Guidelines for Thyroid Nodule Management. Eur Thy J, 2023
2. Hoang JK. Managing Incidental Thyroid Nodules Detected on Imaging: White Paper of the ACR Incidental Thyroid Findings Committee. J Am Coll Radiol, 2015
3. Russ G. European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. Eur Thy J, 2017
4. Ali SZ, The 2023 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. Thyroid, 2023
5. Nationellt vårdprogram Sköldkörtelcancer, RCC, 2025
6. Standardiserat vårdförlopp (SVF) Sköldkörtelcancer, RCC, 2024