

Zwelling in de hals

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Doelstellingen

- Afstemming van beleid rond diagnostiek en follow up van een zwelling in de hals in de 1^e en 2^e lijn;
- Plaatsbepaling van echografie met cytologische punctie op verzoek van de huisarts.

Diagnostiek

De oorzaak van een zwelling in de hals kan zeer uiteenlopend zijn¹:

- Lymfeklier gerelateerde aandoeningen
- Speekselklier gerelateerde aandoeningen
- Schildklier gerelateerde aandoeningen
- Overige aandoeningen (o.a. halscyste).

NB. Een zwelling in de hals kan een metastase zijn van een maligniteit in het KNO gebied.

Indicaties voor een echografie:

Elke palpabele afwijking die niet direct maligne imponeert, dus die niet hard en onregelmatig aanvoelt.

Indien gedacht wordt aan een infectieuze oorzaak speelt echografie geen belangrijke rol bij de diagnostiek, en kan gericht serologische onderzoek veel meer bijdragen.

Klinisch schildklierzwelling

Differentiatie tussen een benigne of maligne nodus gebeurt altijd via een schildklierpunctie.

Indien na een echo een schildkliernodus blijkt, dan dient verwezen te worden naar de internist voor een cytologische punctie (*zie verder tabel 1 voor het beleid na uitslag*).

NB. Bij vermoeden van een schildkliergerelateerde zwelling een echo altijd combineren met bepaling van het TSH, en bij afwijkende waarde het vrij t4. Een verhoogd TSH bij presentatie geeft een hogere kans op maligniteit.

Een palpabele nodus heeft een risico op maligniteit van 5%.

Mogelijke oorzaken van een zwelling in de hals:

Lymfadenitis (Streptococci/*Staphylococcus aureus*)

Tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*)

Atypische mycobacteriën

Kattenkrabziekte (*Bartonella henselae*)

Toxoplasmose (*Toxoplasma gondii*)

Actinomyose (*Actinomyces israelii*)

Mononucleosis Infectiosa (Epstein-Barr virus)

Cytomegalovirus infectie

HIV (humaan immunodeficiëntievirus)

Gonorrhoe/ Chlamydia/ Lues

Autoimmuun: Sarcoidose, Kikuchi, SLE etc

Hodgkin/non-Hodgkin lymfoom

Parotitis (e.g. bof door paramyxovirus)

Parotistumor: benigne, maligne

Overige parotis gerelateerde aandoeningen (sialolithiasis)

Metastase maligniteit KNO gebied of elders

Mediane en laterale halscysten

Schildkliernodus: benigne, maligne

Klinisch lymfeklierzwellling

Bij een lymfeklierzwellling is de klinische verdenking op maligniteit sterk leeftijdsafhankelijk. Een klier van > 1 cm die vast is, is suspect, en dient te worden verwezen naar de 2^e lijn (internist of KNO arts). Bij een drukpijnlijke of benigne imponerend niet pijnlijke lymfeklier kan 3-4 weken worden afgewacht. Als het persisteert wordt gericht serologisch¹ onderzoek verricht. Bij geen serologische afwijkingen kan een echo worden aangevraagd. Een cytologische punctie zal daarbij vrijwel nooit worden verricht. Bij verdenking op een mycobacteriële infectie (TBC of atypische mycobacteriën) is het verrichten van een punctie een kunstfout; er kunnen dan fistels ontstaan. Bij deze infectie wordt er gestart met antituberculostatica en/of totale excisie. Bij hoge uitzondering wordt er in de tweede lijn wel eens materiaal uit een (geabcedeerde) lymfklier afgenomen voor kweek.

Bij verdenking plaveiselcelcarcinoom, zeker bij een anamnese met alcohol en/of nicotineabusus, verwijzen naar de 2^e lijn (KNO arts/kaakchirurg/chirurg met expertise³).

Klinisch overige zwellingen:

Mediane halscyste: een echografie is voldoende om de diagnose te stellen. Daarna eventueel verwijzen naar de 2^e lijn (KNO arts/kaakchirurg/chirurg met expertise³) voor extirpatie.

Indicatie voor een echografie met mogelijk een cytologische punctie (FNA²)

Een gelokaliseerde speekselklierzwellling.

Klinisch speekselklierzwellling

Bij een speekselklierzwellling is onderscheid tussen een gelokaliseerde of een diffuse zwellling relevant. Bij een gelokaliseerde zwellling (zowel benigne als maligne) kan de huisarts zelf een echografie met cytologische punctie aanvragen. De radioloog geeft de aanvrager na het onderzoek advies: terug naar de huisarts of doorverwijzen naar de 2^e lijn (kaakchirurg/KNO arts/chirurg met expertise op dit gebied³). Bij een persisterende (> 2 weken) of recidiverende diffuse zwellling is verwijzing naar de kaakchirurg/KNO arts³ zinvol voor aanvullend onderzoek naar mogelijke oorzaken zoals sialolithiasis, banale parotitis, auto-immuun aandoeningen of andere afwijkingen (*zie ook bijlage 1*).

De radioloog beoordeelt aan de hand van het echografisch beeld of een cytologische punctie geïndiceerd is. Meestal wordt voor de punctie een nieuwe afspraak gepland. De radioloog geeft bij de uitslag van de echo met evt. cytologische punctie altijd een advies aan de aanvrager voor het te volgen beleid.

NB. Bij het verrichten van een punctie worden de richtlijnen van de Trombosedienst gehanteerd: INR < 2.0.

Bij gebruik van DOAC's: 2-4 dagen staken, e.e.a. afhankelijk van nierfunctie en soort DOAC.

² Fine Needle Aspiration

³ In elk ziekenhuis geldt een ander beleid; huisartsen kunnen als ingang een van de genoemde specialismen kiezen; via ZorgDomein wordt naar het juiste specialisme verwezen.

Beleid van de huisarts na echografie van schildkliernodus

Tabel 1. Mogelijke uitslagen van de 1^e lijns echo van de schildklier en het te volgen beleid door de huisarts.

Uitslag	Beleid
Geen afwijkingen	<i>Geen actie</i>
Solitaire nodus	<i>Verwijzen naar internist-endocrinoloog</i>
Multinodulair struma (cysten kunnen aanwezig zijn) ⁴	<i>Geen actie⁵ indien echografische benigne kenmerken en nodi < 1 cm.</i> <i>Bij nodi > 1 cm en/of suspecte kenmerken of bij twijfel verwijzen naar internist-endocrinoloog</i>
Multinodulair struma met - Suspecte / dominante nodus, of - Suspecte solitaire / solide nodus -	<i>Verwijzen naar internist-endocrinoloog</i>
Bij volledig cysteuze nodus: < 4 cm > 4 cm	<i>De radioloog kan tijdens het onderzoek evt. leegpunteren (echter vaak tijdelijk effect)</i> <i>Overweeg verwijzing naar de chirurg of internist bij cosmetische of mechanische bezwaren⁶</i>

NB. Bij een status na radiotherapie op de hals is doorverwijzing ook noodzakelijk.

Tabel 2. Mogelijke uitslagen van een cytologische punctie van de schildklier op aanvraag van de internist.

Bethesda classificatie:	Risico op maligniteit:
1 = Niet diagnostisch	1-4%
2. Benigne	0-3%
3 = Atypie of folliculaire laesie van onzekere betekenis	5-15%
4 = Folliculaire neoplasie	15-30%
5 = Verdacht voor maligniteit	60-75%
6 = Maligne	97-99%

⁴ Als er tevens sprake is van een functiestoornis, bepaalt deze het beleid.

⁵ Indien er mechanische of cosmetische bezwaren bestaan, kan verwezen worden naar een hoofd-hals chirurg.

⁶ In elk ziekenhuis geldt een ander beleid; via ZorgDomein wordt naar het juiste specialisme verwezen.

Verwijzen naar de 2^e lijn

Verwijzing naar de internist (-oncoloog/hematoloog) is geïndiceerd bij:

- Verdenking maligne lymfoom of lymfeklier metastase op basis van kliniek of echo;
- Atypische zwelling.

Verwijzing naar internist(-endocrinoloog) is geïndiceerd bij

- Klinische schildklierzwelling;

Verwijzing naar de chirurg / KNO-arts / kaakchirurg⁶ met ervaring in het hoofd-hals gebied is geïndiceerd bij:

- Pleiomorf adenoom;
- Warthintumor;
- Mechanische of cosmetische bezwaren;
- Verdenking plaveiselcelcarcinoom;
- Cysteuze afwijkingen (mediane en laterale halscyste) bij mechanische of cosmetische bezwaren;
- Sialoadenitis (glandula submandibularis / parotis);
- Verdenking obstructie speekselklier.

NB. Bij verzoek of noodzaak tot excisie:

Het is van belang te verwijzen naar een chirurg met ervaring in schildklierchirurgie inclusief halsklierdissecties. Het excideren van een zwelling in het hoofd-hals-gebied is besliskundig en technisch lastig en vereist dus specifieke chirurgische expertise⁵.

Beleid in de 2^e lijn:

Berichtgeving na een verwijzing naar de tweede lijn:

- Bij een ernstige uitslag neemt de specialist telefonisch contact op met de verwijzer;
- De specialist stuurt een schriftelijk bericht na behandeling van de zwelling in alle andere gevallen.

Onderlinge doorverwijzing naar een ander specialisme:

- Indien onderlinge verwijzing direct noodzakelijk is vanwege het betreffende ziektebeeld, wordt de huisarts telefonisch of via een elektronisch bericht op de hoogte gesteld;
- Bij vermoeden van een ander ernstig ziektebeeld dat om snel handelen vraagt wordt de huisarts op de hoogte gesteld door middel van telefonisch contact;
- In alle andere gevallen verwijst de specialist eerst terug naar de huisarts, of wordt de verwijzing telefonisch afgestemd met de huisarts.

Terugverwijzing

Bij een terugverwijzing geeft de specialist aan de huisarts een advies over:

- Het gewenste follow up beleid (parameters en tijdsinterval);
- Bij welke bevindingen tussentijdse consultatie van de specialist in het verdere beloop gewenst is;
- Indicaties voor terugverwijzing naar de specialist in het verdere beloop.

Namens huisartsen:

Ed Berends
Bashar Boustahji

Namens internisten:

Heidi Ammerlaan, Catharina Ziekenhuis
Jerôme Kisters, Catharina Ziekenhuis
Arno Toorians, St. Anna ziekenhuis

Namens radiologen:

Koen Brakel, St. Anna ziekenhuis

Namens KNO-artsen

Stijn Fleskens, Máxima Medisch Centrum

Namens chirurgen:

Frank van den Broek, Máxima Medisch Centrum
Bea Lemaire, Elkerliek ziekenhuis
Peter Reemst, Máxima Medisch Centrum

Namens patholoog-anatomen:

Katia Somers, PAMM

Namens kaakchirurgen:

Justin Pijpe, Catharina Ziekenhuis

Namens transmurale stichtingen:

Yvonne van Oosterhout, coördinator HaCa

Regionale referenten: radiologen, microbiologen, chirurgen, kaakchirurgen, internisten, KNO-artsen

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen. Deze samenwerkingsafpraak is goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa.

© 2017 HaCa