

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 en Verwijzing

De oorzaak van een zwelling in de hals kan zeer uiteenlopend zijn o.a.¹:

- A) Schildklier gerelateerde aandoeningen
- B) Lymfeklier gerelateerde aandoeningen inclusief metastasen
- C) Speekselklier gerelateerde aandoeningen
- D) Overige aandoeningen (o.a. halscycte)

A Klinische schildklierzwelling

→ Geen echo

- Verricht geen echografie bij hyperthyreoïdie of hypothyreoïdie.
- Er is in principe geen plaats voor rechtstreeks verwijzing voor cytologie vanuit eerste lijn, tenzij overlegd is met medisch specialist.

→ Wel echo

- Verricht echografie van de schildklier bij palpabele afwijkingen van de schildklier zonder functiestoornissen.
- Verricht echografie wanneer twijfel bestaat of de palpabele afwijking inderdaad in de schildklier gelokaliseerd is.
- Verricht echografie bij een klinische verdachte anamnese (bijvoorbeeld snelle groei van de palpabele afwijking).

→ Verwijzing internist (-endocrinoloog) voor (een cytologische punctie en) beoordeling

- Status na radiotherapie op de hals.
- Als de radiologische kenmerken, volgens TIRADS classificatie, aanleiding vormen voor het advies om een cytologische punctie (FNA) te verrichten.
Indien na een echo een schildkliernodus blijkt, als het de zwelling betreft waarvoor de echo is aangevraagd (klinisch manifeste schildkliernodus genoemd). Als het een

¹ 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)

Glandula submandibularis.

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 halscyten

Schildkliernodus: benigne, maligne

Dentogeen focus

nevenbevinding (incidentaloom) betreft is verwijzing vaak niet nodig, tenzij het een TIRADS 5 nodus betreft. Zie [stroomschema diagnostiek schildkliernodus](#).

Zie onderstaand [tabel 1](#) voor het *beleid na uitslag*

NB. Bij vermoeden van een schildklier gerelateerde zwelling een echo altijd combineren met bepaling van het TSH, en bij afwijkende waarde het vrij t4. Een onderdrukt TSH voorspelt een lage kans op maligniteit.

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

B Klinische lymfeklierzwellling

Bij een lymfeklierzwellling is de klinische verdenking op maligniteit sterk leeftijdsafhankelijk.

- Expectatief
Bij een drukpijnlijke of benigne imponerend niet pijnlijke lymfeklier kan 3-4 weken worden afgewacht.
- Serologisch onderzoek
Langer dan 4 weken drukpijnlijke of benigne imponerende niet pijnlijke lymfklier
- Echo
Bij afwezigheid van serologische afwijkingen bij een drukpijnlijke of benigne imponerende niet drukpijnlijke lymfeklierzwellling langer dan 4 weken kan een echo worden aangevraagd. Een cytologische punctie heeft hier niet direct meerwaarde.

Let op: Bij verdenking op een mycobacteriële infectie (TBC of atypische mycobacteriën) is het verrichten van een punctie een kunstfout; er kunnen dan fistels ontstaan.

- Verwijzing 2^e lijn
 - Een klier van > 1 cm die vast aanvoelt en niet drukpijnlijk is, is suspect en dient, na echografische bevestiging, te worden verwezen naar de 2^e lijn (KNO-arts/internist/kaakchirurg²)
 - Bij verdenking plaveiselcelcarcinoom, zeker bij een anamnese met alcohol en/of nicotineabusus, verwijzen naar de 2^e lijn (KNO-arts/kaakchirurg/chirurg met expertise³).

C Klinische speekselklierzwellling

Bij een speekselklierzwellling is onderscheid tussen een gelokaliseerde of een diffuse zwelling relevant.

- Echo
 - Bij een speekselklierzwellling, die langer bestaat dan 2 weken vindt een echo plaats.

² In elk ziekenhuis geldt een ander beleid; verwijzers kunnen als ingang een van de genoemde specialismen kiezen; via ZorgDomein wordt naar het juiste specialisme verwezen.

→ Verwijzing 2^e lijn

Op basis van de uitslag wordt patiënt indien nodig naar de 2^e lijn (kaakchirurg/KNO arts/chirurg met expertise op dit gebied²) verwezen voor aanvullend onderzoek naar mogelijke oorzaken zoals sialolithiasis, banale parotitis, auto-immuun aandoeningen of andere afwijkingen.

Zie ook [bijlage 1: beslisboom zwelling in de hals, deel speekselklierzwelling](#)

D Klinische overige zwellingen:

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

NB Bij puncties van schildklier, lymfeklieren in de hals en speekselklieren is het staken van antistolling in het algemeen niet nodig.

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 (zie ook [stroomschema diagnostiek](#) uit Nederlandse richtlijn schildkliercarcinoom 2024).

Uitslag	Beleid
Solitaire nodus	Verwijzing internist(-endocrinoloog)
Multinodulair struma (cysten kunnen aanwezig zijn) ³	Bij mechanische klachten doorverwijzen. Instrueer patiënt zonder klachten om terug te komen bij klachten. Doorverwijzen als zwelling toeneemt.
Multinodulair struma met - Suspecte / dominante nodus	(Bij wens nadere analyse dan) verwijzen naar internist(-endocrinoloog).
Bij volledig cysteuze nodus: < 4 cm > 4 cm	De radioloog kan tijdens het onderzoek evt. leegpunteren (echter vaak tijdelijk effect) Overweeg verwijzing naar de chirurg of internist ² bij cosmetische of mechanische bezwaren voor bespreken ethanolablatie behandeling versus hemithyreoidectomie.

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 van onzekere betekenis (AUS). Specificeer of AUS-nucleaire atypie of AUS-andere.	5-15%

³ Als er tevens sprake is van een functiestoornis, bepaalt deze het beleid.

4 = Folliculaire neoplasie-verdacht voor folliculaire neoplasie	15-30%
5 = Verdacht voor maligniteit	60-75%
6 = Maligne	97-99%

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: volg stroomschema diagnostiek Nederlandse richtlijn 2024.
- Status na radiotherapie.

Verwijzing naar de chirurg/ KNO-arts/ kaakchirurg² met ervaring in het hoofd-hals gebied is geïndiceerd als de afwijkingen in de speekselklier liggen, bij diagnoses als:

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

Beleid in de 2^e lijn

Berichtgeving na een verwijzing naar de 2e 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:

Baukje de Win

Namens internisten:

Heidi Ammerlaan, Catharina Ziekenhuis
Jerôme Kisters, Catharina Ziekenhuis (voorzitter)
Sjaam Jainandusing, Anna ziekenhuis
Pleun van Poppel, Máxima MC

Namens radiologen:

Dennis Kies,
Catharina Ziekenhuis

Namens KNO-artsen

Stijn Fleskens, Máxima MC

Namens chirurgen:

Frank van den Broek, Máxima MC
Bea Lemaire, Elkerliek ziekenhuis
Grard Nieuwenhuijzen, Catharina Ziekenhuis

Namens pathologen:

Rob Vogels, PAMM

Namens kaakchirurgen:

Justin Pijpe, Catharina Ziekenhuis

Namens transmurale stichtingen:

Yvonne van Oosterhout, coördinator HaCa

Regionale referenten: klinisch chemicus (Maarten Broeren, MMC)

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

Deze RTA is gebaseerd op de NHG richtlijn schildklierziekten (maart 2025) en de landelijke richtlijn schildklierkarcinoom (2024).

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa. Deze RTA is goedgekeurd in de commissie RTA en zorgpaden, juni 2026.

© 2026 HaCa

Bijlage 1. Beslisboom voor de initiële aanvullende diagnostiek bij een zwelling van de grote speekselklieren

