

Tyreoidesjukdomar

Vårdprogram utarbetat i samarbete mellan primärvården och Akademiska sjukhuset.

För Akademiska sjukhuset

Leg läkare Brita Winsa, medicincentrum
och leg läkare Ewa Lundgren, kirurgiskt centrum

För primärvården

Leg läkare Elsvig Löwenhoff, Samariterhemmets vårdcentral
och leg läkare Jan Stålhammar, Eriksbergs vårdcentral

Kontaktperson

Leg läkare Brita Winsa, Akademiska sjukhuset 018-611 00 00 vx

Fastställt den 30 juni 2003.
Revideras senast den 30 juni 2005

Innehåll

Misstänkt underfunktion

Misstänkt överfunktion

Principer för behandling av tyreotoxikos

De Quervain (subakut) tyreoidit

Atoxisk struma/"knölstruma" och "knöl på halsen"

Postoperativ uppföljning

S-TSH

Ett bra screeningprov för att utesluta eller bekräfta thyreoidea-dysfunktion och som är känsligt och tillförlitligt. TSH avslöjar graden av underfunktion tydligare än graden av överfunktion.

Misstänkt underfunktion

Provtagning

S-TSH, fT4, TPOAb, dvs antikroppar mot tyreperoxidase. Två analysmetoder finns. Anges antingen i titer 1/400–1/800 osv eller i kiE/L (normalt <70kiE/L).

Tolkning och handläggning

- S-TSH stegring med fT4 lågt eller i nedre normalområdet och positiv titer av TPOAb talar för en autoimmun tyreoidit (Hashimoto). Ytterligare utredning behövs ej.

- Vid kliniskt och labmässigt klar underfunktion:

Sätt in thyroxinsubstitution, dvs T. Levaxin, initialdos 0,05 mg 1/4-1 tablett dagligen med lägsta dos och långsam upptrappning till patienter med angina pectoris eller hjärtsvikt. Det är alltid klokt att substituera långsamt.

Nya prover tidigast efter sex veckor för eventuell dosjustering. Dosökningar från 1/4 till 1/2 till 1 tablett à 0,05 mg kan dock göras utan provtagningskontroll med ledning av att patienten tolererar dosen utan att få ökade hjärtbesvär. Standarddosen är 0,1-0,15 mg och det är ovanligt med substitutionsbehov >0,2 mg – tar patienten tablett? När man titrerat fram lämplig dos räcker det med laboratoriekontroll av S-TSH vart till vartannat år.

- TPOAb kan finnas utan tyreoiddefunktionsrubning, framför allt hos äldre kvinnor och i lägre titer 1/400–800.

- Lätt S-TSH-stegring (4-7 mU/l) i kombination med normala fT4-nivåer förekommer ibland. Finns TPOAb accentueras sannolikt underfunktionen med tiden. Låt kliniskt status avgöra och sätt in låg substitutionsdos *eller* följ labprover var tredje till sjätte månad. Om det kvarstår oförändrat kan kontrollerna avslutas efter ett till två år. S-TSH >7 är indikation för behandling.

- Det är ej helt ovanligt med en initial, övergående, lätt toxisk fas vid Hashimotyroidit.

- Vid låga perifera tyreoidhormonnivåer i kombination med normalt eller lågt S-TSH – tänk på möjligheten av hypofysdysfunktion. Remiss till endokrinologen.

- Trötthet hos kvinnor under året efter partus kan bero på postpartum-tyreoidit, som är lätt att missa. Den recidiverar ofta efter nästa graviditet. Kvinnor med TPOAb >1/400 bör följas med tanke på risk för utveckling av manifest underfunktion. Fostret får ej hypotyreos av TPOAb.

- Graviditet kan ge ett lätt ökat substitutionsbehov, framför allt under första trimestern. Öka vid behov Levaxindosen 0,025–0,05 mg så att TSH-nivån ligger inom normalområdet.

Misstänkt överfunktion

Provtagning

S-TSH, fT4, TRAK (TSH-receptor-antikroppar, referensvärde <1 mU/l, värden mellan 1-1.5 är gränsvärden. >1.5 klart positivt).

Tolkning och handläggning

- Om patienten är klart toxisk och/ eller har tecken på endokrin oftalmopati – provtagning, b-blockerare (ej astmatiker) och remiss till endokrinologen.
- Lätt toxiska patienter – avvakta provsvar. Om TRAK negativt: antingen TRAK negativ Graves tyreotoxikos (ovanligt) eller nodös toxisk struma, se nedan. Remittera patienten till tyreoidescint, cytologi och till endokrinologen för diskussion vid gemensam tyreoidearond med kirurg och onkolog.
- Lätt förhöjda värden (fT4 30-40), högre ålder, TRAK-negativitet, avsaknad av ögonsymptom, 0 hereditet för tyreoidesjukdom talar för toxiskt adenom eller uninodulär eller multinodös toxisk struma.
- Hos äldre patienter kan subtoxiska värden (= S-TSH lätt nedpressat eller i nedre normalområdet i kombination med perifera hormonnivåer i det övre normalområdet) vara förenliga med klinisk toxikos och bör behandlas. Kan yttra sig i hjärtsvikt/förmaksflimmer.
- Äldre patienter med toxiskt nodös struma adenom, som ej opereras, kan ställas på livslång behandling med lågdos tyreostatika (T. Thacapzol 5 mg 1x1-2) och följas labmässigt. Patientens toxikos kan kontrolleras med medicinering, men själva struman påverkas ej nämnvärt.
- ”Hashitoxikoser”, dvs blandformer av under-/överfunktion förekommer, men är ovanliga. När bilden inte stämmer – kontakta endokrinolog.
- Patienter med utläkt Graves sjukdom följs 1/2 år på endokrinologen. Därefter ingen rutinmässig uppföljning såvida inte patienten har kvarvarande TPOAb i hög titer. Då bör patienten följas med avseende på utveckling av underfunktion. Kontrollera S-TSH årsvis i två till tre år. Därefter kan kontrollerna avslutas.
- Har patienten TRAK är det alltid Graves sjukdom. 98 procent av patienter med Graves har TRAK. Har patienten TRAK och en knölig struma – remiss till endokrinolog för bedömning av scintbehov. Patienter med samtidig nodös struma bör bedömas av kirurg.
- Vid frågor om handläggning kan man dagtid söka ”endokrinjouren” via Akademiska sjukhusets växel, 018-611 00 00.

Principer för behandling av tyreotoxikos

Uninodulär toxisk struma (toxiska adenom) och /multinodös toxisk struma opereras i första hand. Behandling med radioaktivt jod kan komma ifråga om patienten inte är operabel och spårjodsmätning visar tillräckligt upptag för att radiojodbehandling skall vara möjlig. Lågdos tyreostatika kan vara ett alternativ i vissa fall, men patientens struma påverkas ej nämnvärt.

Patienter med Graves sjukdom behandlas i första hand med tyreostatika i dosering T. Thacapzol 5 mg 1-2 x 2-3 beroende på toxikosgrad. Efter 2-6 veckors tyreostatikabehandling lägger man till T. Levaxin 0.1-0.15 mg. Den högre dosen används om patienten har tecken på endokrin oftalmopati.

Patienter som drabbas av ögonsymptom är specialistfall eftersom ögonsjukdomen är svårbehandlad och oberäknelig i sitt förlopp. Endokrin ögonsjukdom behandlas med steroider i varierande dos.

Om tyreostatikabehandlingen ej fungerar på grund av biverkningar eller bristande compliance diskuteras fallet vid en rond med kirurg och onkolog och endokrinolog, varvid man beslutar om lämplig behandling, dvs tyreoidektomi eller radioaktivt jod.

Patienter som får recidiv under behandling, under nedtrappnings-fasen eller efter avslutad behandling, blir också föremål för kirurgi eller radiojod. Det finns ingen enskild faktor som kan prediktera vilka patienter som kommer att utveckla recidiv. Låg ålder (<25 år), kraftig toxikos, stor struma och endokrin oftalmopati är dock prognostiskt ogynnsamma faktorer.

Glöm ej att informera patienten om risken för benmärgspåverkan vid tyreostatikabehandling. Kontrollera LPK på alla febrila patienter. Leukopenin är reversibel, men kan bli långdragen och svår.

De Quervain (subakut) tyreoidit

Debuterar oftast med ont i/på halsen och kraftig sjukdomskänsla. Den initiala fasen kan ge relativt uttalad toxikos (fT4 50–100 nmol/l) och följs sedan av en övergående hypotyreatisk fas.

Undantagsvis utvecklas en manifest hypotyreos med livslångt substitutionsbehov. Uppföljning med S-TSH, SR och klinisk bedömning.

Definitiv diagnos kräver cytologi. Dock smärtsamt i akutskedet varför man får avgöra från fall till fall. I PAD ses så kallade fler-kärniga jätteceller.

Behandlas med ASA/NSAID eller steroider beroende på svårighetsgrad. T Prednisolon 5 mg 6x1, med nedtrappning 1 tablett/vecka. Ibland krävs förlängd lågdosbehandling i upp till sex månader.

Atoxisk struma och ”knöl på halsen”

Provtagning

S-TSH, fT4, ev albuminmodifierat/joniserat S-Ca, palpation.

Handläggning och kommentarer

- Nydiagnostiserad struma – remiss till endokrinkirurg. På remissen anges: svar på S-TSH, FT4, S-Ca, hereditet, tidigare tyreoida-sjukdom, grad och duration av aktuella besvär, inklusive andnings-påverkan vid misstanke om intrathorakal struma, palpationsfynd: storlek, sidoskillnad, isolerad resistens, eventuella palpabla lymfkörtlar.
- Multinodös atoxisk struma som börjat växa och ge lokala besvär såsom andningsbesvär, trycksymptom eller kosmetiska problem skall remitteras till endokrinkirurg.
- Intrathorakal struma är en operationsindikation och påvisas med CT-thorax via endokrinkirurgen.
- Om tyreoidaefunktionen är normal och struman stått oförändrad under flera år utan lokala besvär remitteras ej till kirurg.
- Om patienten är hypotyreotisk – försök först med Levaxinsubstitution.
- Tyreoidascint är ej indicerad vid utredning av atoxisk struma och är ej otillförlitligt vid malignitetsbedömning av resistenser i tyreoida. Ersätts med ultraljud som görs av kirurg vid mottagningsbesöket, således ingen separat remiss för ultraljud. Dvs en remiss för både ultraljud och kirurgbesök.
- Obs! att cytologisvar endast kan fälla, inte fria från malignitet. Det finns en benign tumörform i tyreoida – follikulärt adenom (>80% av alla patienter med follikulärt aspirat), men malignitets-kriterierna kan endast bedömas på operationspreparat. Alla patienter med papillärt eller follikulärt aspirat skall remitteras till endokrinkirurg.
- Punktion av bilateral, multinodös struma är sällan meningsfullt.
- Paratyreoidaefunktion ska bör kartläggas före tyreoidaoperation, därav S-Ca.
- Vid diskrepans mellan palpationsfynd och subjektiva andningsbesvär – utför trachearöntgen med frågeställning om kompression.
- Vid palpation av hals, tänk på att lymfkörtlar inte skall finnas längs de djupa halskärlen och att cystor i tyreoida inte känns fluktuerande.

Postoperativ uppföljning

Efter hemityreoidektomi av benign orsak behövs sällan uppföljning efter det första postoperativa året, då patienten följs vid kirurgkliniken.

Obs! ökad risk för hypotyreoos på sikt vid lymfocytinfiltration enligt PAD.

En del patienter, som har opererats med bilaterala ingrepp på grund av benign sjukdom (såväl atoxisk som nodös toxisk struma), behöver Levaxinsubstitution. Dessa patienter bör följas inom primärvården med (telefon-) kontakt i samband med årlig förnyelse av recept.

S-TSH-bestämning föreslås på liberala indikationer – även om de flesta patienter förblir välinställda, förekommer dels viss överkonsumtion av Levaxin, dels kan symptom på underfunktion vara svårvärderade. För patienter opererade för toxisk struma föreligger viss risk för recidiv.

Patienter med olika former av tyreoideamalignitet följs vid kirurg- och/eller onkologkliniken.

Patienter med papillär eller follikulär tyreoideacancer har Levaxin i suppressionsdos för att åstadkomma en nedpressning av S-TSH. Efter en lång tids recidivfrihet kan/ bör för äldre patienter reduktion av Levaxinmedicineringen diskuteras.