

Thyroideasjukdomar - diagnostik och behandling

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Maria Thunander, överläkare, medicinkliniken Växjö
Michael Anderzon, överläkare, medicinkliniken Växjö
Karl Ljungström, överläkare, medicinkliniken Ljungby
Maria Holstensson, distriktsläkare, vårdcentralen Alvesta
Lena Myrskog, överläkare, kirurgkliniken Växjö
Peter Kidon, överläkare, bild- och funktionsmedicin Växjö

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
2	Hypothyreos.....	2
2.1	Diagnostik.....	2
2.2	Behandling.....	2
3	Thyreotoxikos/hyperthyreos.....	2
3.1	Diagnostik.....	2
3.2	Behandling.....	3
3.3	Radiojodbehandling.....	3
4	Utredning.....	4
4.1	Cytologi.....	4
4.2	Radiologi.....	4
4.3	Flödesschema.....	5
5	Kirurgi.....	6

1 Inledning

Thyroidearubbningar är vanliga och screening härför bör utföras liberalt. Ca 2/3 av patienter med thyroideasjukdomar är kvinnor. Autoimmun thyroideasjukdom, ATD, (framför allt hypo-, men även hyper-) är extra vanligt vid autoimmun B12-brist, celiaki och typ 1 diabetes, samt vid binjurebarksvikt.

2 Hypothyreos

2.1 Diagnostik

Vid misstanke tag TSH + T4. Om patologiska bekräfta en gång. För bekräftelse av Hashimotothyreoidit, postinflammatorisk, tag TPO-antikroppar ("TyraK"), analyseras på mikrobiologen, CLV. Titerns storlek har oftast mindre betydelse. Positivitet förekommer hos 10-20% av befolkningen och anger ökad risk att utveckla hypothyreos. Vid positivitet + högt TSH och lågt T4 räcker det som bekräftelse på Hashimotothyreoidit, punktion är ej nödvändig. Kan göras i oklara fall. Det råder consensus i Sverige om att postinflammatorisk hypothyreos kan diagnostiseras och behandlas i primärvården. Vid samtidigt sänkt TSH + T4, eller sänkt T4 men ej stegrat TSH konsultera specialist, central hypothyreos? Eventuellt även kontakt med, eller remiss till specialist vid grav hypothyreos och/eller ung patient. Vid flera brister eller autoimmuna sjukdomar samtidigt överväg remiss till specialist (ej nödvändigt vid bara autoimmun thyroideasjukdom (ATD) + B12-brist eller bara ATD + celiaki). Var uppmärksam på risk för fler autoimmuna sjukdomar.

2.2 Behandling

Starta alltid Levaxinbehandling försiktigt, med 0.25 ug ½-1 tablett varannan eller varje dag, trappa upp successivt. Ju värre hypothyreos desto lägre startdos. Ingen ide öka dos förän efter 2-4 veckor, senare 4-8 veckor. Ingen ide ta prover för kontroll oftare än var 6e-10e vecka, eventuellt första gången efter 4 veckor. Levaxinbehandling startas vid TSH >8 och sänkt T4, TSH 4-8 meriterar endast omkontroll efter 4-10 veckor. Dock vid upprepat stegrat TSH och lågt T4, samt pos TPO-antikroppar behandla.

Specialfall: Obs att de som är opererade för thyroideacancer har suppressionsbehandling med Levaxin och ska ha TSH ≤ 0.01 och T4 30-40 alltid.

3 Thyreotoxikos/hyperthyreos

3.1 Diagnostik

Vid misstanke tag TSH + T4. Bedöm alltid patientens hjärtstatus och allmänstatus:

- Förmaksflimmer? Tachycardi? Hjärtsvikt? Behandlingsbehov där? Är det akut?
- Behov av sjukskrivning, vila? Pågående infektion?

TRAK = TSH-receptorantikroppar kan analyseras för att bekräfta Grave's thyreotoxikos. **Alla med svåra ögonveckan och thyroideasjukdom**, eller de som ej förbättras avseende ögonen när de blir euthyreoida, samt de som försämras i ögonen, dvs all riktig endokrin orbitopati **skall remitteras till specialist vid medicinklinik**. Obs att 10% med endokrin ögonsjukdom är euthyreoida vid debut. Rökning ökar risken för endokrin orbitopati, alla thyroideapatienter bör kraftfullt uppmuntras till **rökslut**.

3.2 Behandling

Alla med thyreotoxikos som ej har kontraindikationer bör få betablockad med propranolol (20-) 40-80 mgx3, beroende på grad av tachycardi. Har även effekt på psykiska symptom/ katekolaminpåslag. Glöm ej sänka när behovet minskar! Överväg att starta behandling med thyreostatika. Om pat inte behöver hjärtbedömning akut på medicinklinik kan de flesta klara sig med propranolol, thyreostatika och oftast även sjukskrivning inklusive vila 1-2 tim dagligen. Intresserade och kunniga kan fortsätta behandla patienten tiden ut, vanligen 18(-24) månader med thyreostatika, med eller utan Levaxintillägg med start efter 4-6 veckor, vid behov telefonkontakt med specialist. Annars remiss till medicinklinik.

Startdos thyreostatika: om $T4 < 40$ T Thacapzol 2 tabl 2 ggr dagl

$T4 > 40$ T Thacapzol 3 tabl 2 ggr dagl

Vanligen första kontroll av TSH + T4 för dosjustering (och event Levaxintillägg) efter 4 veckor.

Barn och Gravida bör alltid remitteras till specialist, på barnklinik eller medicinklinik. De behandlas med Tiotil, i vissa fall kirurgi. Vid alla fall med **oklarheter eller som ej svarar** som förväntat på behandling konsultera specialist antingen via telefon eller remiss, vid medicinklinikerna i Ljungby eller Växjö.

3.3 Radiojodbehandling

kan vara alternativ förstahandsbehandling för patienter utan ögonproblem, speciellt för patienter > 40 år, och äldre, och om misstänkt nodös struma/thyreotoxikos, kan till exempel ha sänkt TSH men bara lätt stegrat T4. Vid solklara fall skriv remiss direkt till onkologen CLV, och följ upp patienten efteråt med TSH + T4 efter 6 veckor, 12 veckor, 6 månader, 12 månader, 18 månader, 24 månader, sedan årligen. Hypothyreos kan uppträda upp till 10 år efter RI-behandling. Om hypothyreos uppträder post RI-behandling > substitutionsbehandla med Levaxin på vanligt sätt. RI-behandling kan utlösa endokrina ögonproblem: RI-behandla därför aldrig patient med ögonproblem utan remittera till specialist. Om ögonproblem uppträder remittera skyndsamt till medicinklinik.

4 Utredning

4.1 Cytologi

Första åtgärd vid thyroideanära resistenser på halsen är punktion, remiss till cytologen. Thyroideanära resistenser på halsen bör punkteras för cytologisk diagnos!

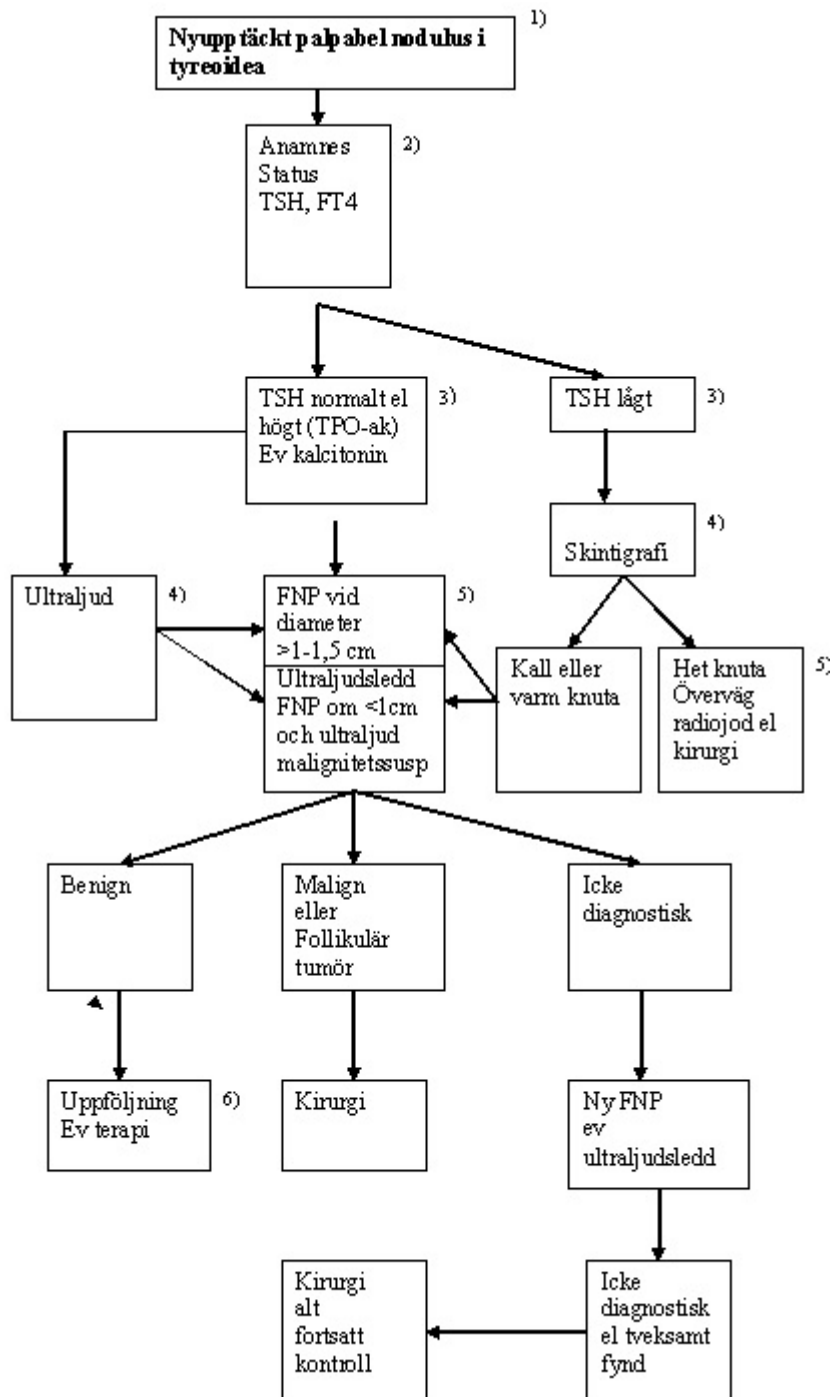
4.2 Radiologi

Scintigrafi är numera sällan indicerat. Görs på misstanke om solitärt toxiskt adenom. **Ej indicerat vid utredning av atoxisk struma.** Otillförlitlig metod vid malignitetsutredning. Specialutredningar från kirurg eller endokrinolog till exempel med jodisotop eller vid thyroideablockad (till exempel vid intag av kraftigt jodinhåll ämne, tyreoidit med höga toxiska värden som ej svarar på behandling).

Ultraljud kan **inte** alltid på ett säkert sätt differentiera benigna och maligna förändringar i thyroidea. Ultraljud + samtidig punktion kan användas i palpatoriskt svårbedömda fall, om $\varnothing < 1$ cm, el där tidigare cytologiskt punktat varit inkonklusivt. Utförs då på röntgenavd. Tillgången på ultraljudsus är begränsad, används därför ej i alla fall. Vid behov av närmare kartläggning av anatomiska förhållanden i thyroideaområdet görs **CT hals och thoraxapertur**, är i 1:a hand preop utredning. Deviation och kompression av trachea på grund av thyroidea ses många gånger på **röntgen pulm**. Har ofta ingen klinisk betydelse.

Röntgen av thyroidea och halsens mjukdelar är oftast en helt onödig undersökning.

4.3 Flödesschema



5 Kirurgi

är endast förstahandsbehandling vid solitära toxiska adenom, och vid thyroideacancer samt resistenser där cytologi ej kunnat avgöra att naturen är benign, till exempel follikulära adenom. Vid Graves sjukdom kan kirurgi övervägas vid recidiv med flera.

Vid resistens på halsen som växer snabbt, speciellt hos ung patient, skyndsam remiss till kirurg för bedömning av eventuell thyroideacancer, eventuellt föregånget av punktion.

Vid förstörd thyreoidea men normala funktionsprover, atoxisk struma, remiss till kirurg om kosmetiskt störande eller misstanke om andingshinder.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.