

# Endokrinologiske problemstillinger i allmennpraksis

• AV MAGNUS KOLLIND OG JANNIKE REYMERT

Endokrinologi er ikke det letteste faget å ha oversikt over. Enten kan diagnosen være vanskelig å stille eller så kan videre takling av sykdommene by på utfordringer som en ikke så lett finner svar på i lærebøkene. To ganske vanlige kasusstikker presenteres i denne artikkelen. Vi har prøvd å reise noen problemstillinger underveis og har fått endokrinolog Magnus Kollind ved Innherred sykehus til å kommentere disse.

For å få best utbytte av teksten anbefaler vi leseren å dekke over teksten fortløpende med et papirark for å stoppe opp og teste seg selv ved hvert spørsmål før svaret leses! (Så er det jo fritt fram om man vil holde sine svar for seg selv eller ikke etterpå!)

## KASUS 1

46 år gammel kvinne, tidligere frisk, oppsøker deg på kontoret pga hjertebank. Hun er blitt tynnere enn sist du så henne, virker rastløs. Ved undersøkelse er det bl.a.hvilepuls på 88, regelmessig. Hun er afebril og har ikke halssmerter, og som den gode allmennlege du er mistenker du hypothyreose. Laboratioreprøvene bekrefter din mistanke med følgende verdier: TSH under 0,02 og FT4 35,3 (ref. verdier: TSH: 0,4-4,7 mU/l , FT4: 9-24 pmol/l) Thyroidea palperes normalt stor, uøm og uten knuter.

**Spørsmål nr 1:** Ville du hatt nytte av å måle thyroidea-antistoffer på denne pasienten? Hvis ja, hva kan du bruke svaret til?

**Svar:** Måling av anti-TPO(thyreoperoxidase) og TRAS (TSH-reseptor-antistoff) kan gi deg god veiledning i dette til-



fellet. Hvis TRAS er forhøyet, er diagnosen Graves sykdom meget sannsynlig, men det kan likevel være Graves sykdom dersom TRAS ikke er forhøyet (det er dog uvanlig). Ikke sjeldent er også anti-TPO høyt ved Graves. Bare høyt anti-TPO kan indikere toksisk fase av autoimmun thyreoiditt (som jo over tid går over i en hypothyreose), se videre nedenfor.

Her kan det være på sin plass å repete hva vi vet om disse antistoffene. (Det «vi vet» er hentet fra Sylvi Aanderud og Trine Bjøros bok: Thyroideasykdommer, se omtale sist i artikkelen.)

TRAS (TSH-reseptor-antistoff) var det som tidligere het LATS (longacting thyroid stimulator). Det er et IgG som binder seg til TSH-reseptoren og stimulerer thyreоidecellene. I sjeldne tilfeller har dette antistoffet blokkerende, og ikke stimulerende effekt på reseptorene, men det er utenom temaet vårt. TRAS-nivået synker som regel under thyreostatikabehandling.

Anti-TPO (antistoff mot thyroidea peroksidase) sier mest om autoimmun hypothyreose, ikke minst «latent» eller sub-klinisk hypothyreose. Mengden av dette antistoffet varierer lite, og gjentatte målinger under behandling er ikke nødvendig

*Spørsmål nr 2:* Er det flere aktuelle differentialdiagnosenter? Hvilke andre kliniske parametre vil du lete etter?

*Svar:* Pasienten kan ha tokisk knutestruma, og i tillegg til Graves sykdom og tokisk fase av autoimmun tyreoiditt er det en aktuell differentialdiagnose. Knutestruma er det sannsynligvis ikke med tanke på palpajonsfunnet. I klinikken skal man vurdere forekomst av eventuell endokrin oftalmopati (EO), dvs betennelse periorbitalt, i conjunktiva, og/eller intraorbitalt (med ev. exoftalmus, dobbelsyn). Pasienten kan ha smerte, irritasjon, rødhet, tårevæske, lysskyhet m.m. EO er spesifikk for Graves sykdom og gir dermed diagnostisen. Endokrin oftalmopati mistolkes iblant som øyeinfeksjon, allergi m.m. Mekanismen for denne tilstanden er ikke klarlagt.

Kvinnen i kasustikken vår har høyst sannsynlig Graves sykdom. I enkelte tilfeller oppstår det vanskeligheter med å skille mellom Graves sykdom og autoimmun tyreoiditt i tokisk fase. I så fall kan man rekvikere thyreoideascintigrafi. Ved Graves sykdom ser man jodopptak, mens thyreoiditter har nedsatt eller totalt manglende opptak (det dreier seg om en destruksjonthyreotoksikose med passiv lekkasje av hormoner pga betennelse)

*Spørsmål nr 3:* Ville du behandlet denne kvinnen selv eller henvis/konferert med endokrinolog? Hvilke behandlingsalternativer finnes og hvilke ville du anbefalt pasienten? Hvilken risiko innebærer de ulike behandlingsalternativene? Hvilke fallgruver finnes i det videre forløpet, og hva ville du gjort for å unngå dem?

*Svar:* Ved Graves sykdom er behandlingsalternativene thyreostatika, kirurgi eller radiojod. Graves hyperthyreose behandles i de fleste tilfeller av spesialist i endokrinologi, spesielt hvis thyreostatikabehandling er aktuell. Du bør konferere med spesialist eller sende en henvisning så kan man vurdere hvordan behandlingen best gjøres. Ved tegn på EO skal alltid pasienten til spesialist, både endokrinolog og øyelege, henvis samtidig til begge. Røykere med Graves sykdom har økt risiko for endokrin oftalmopati (EO), men hvis EO ikke foreligger kan man gi radiojodbehandling.

Pasienter med EO skal i vanligvis ikke gies radiojod, da enkelte studier har vist at deres endokrine oftalmopati kan forverres av radiojod. Man vet ikke hvorfor det er slik.

Radiojodbehandling kan gis til pasienter ned mot 25-30 år (menn eller kvinner) men i Sverige/Norge er det relativt uvanlig at så unge personer blir behandlet med radiojod. Man har hatt viss frykt for utvikling av kreft, men det er

ikke vist økt risiko. Kvinner er dog et spesielt problem i fertil alder; gravide og ammende kvinner skal ikke ha radiojod. Kvinnen skal ikke bli gravid 6-12 måneder etter radiojodbehandling. Ved uregelmessig menstruasjon skal det testes for graviditet før behandlingsstart. På bakgrunn av dette bruker jeg ikke gi radiojod till fertile kvinner.

De fleste pasienter med Graves sykdom behandles oftest med thyreostatika primært, og man kan etter hvert ta stilling til kirurgi eller radiojod. Eldre (over 45-50 år) pasienter av begge kjønn kan man gjerne gi radiojodbehandling primært hvis ikke EO er diagnostisert. Pasienter med residiv etter thyreostatikabehandling skal tilbys kirurgisk behandling eller radioaktivt jod avhengig av hva som er enklest. Aggressive sykdomsbilder med eller uten EO som svarer dårlig på thyreostatika bør tilbys kirurgisk behandling. Aggressiv EO behøver intensiv behandling med kortison, og det er en spesialistoppgave.

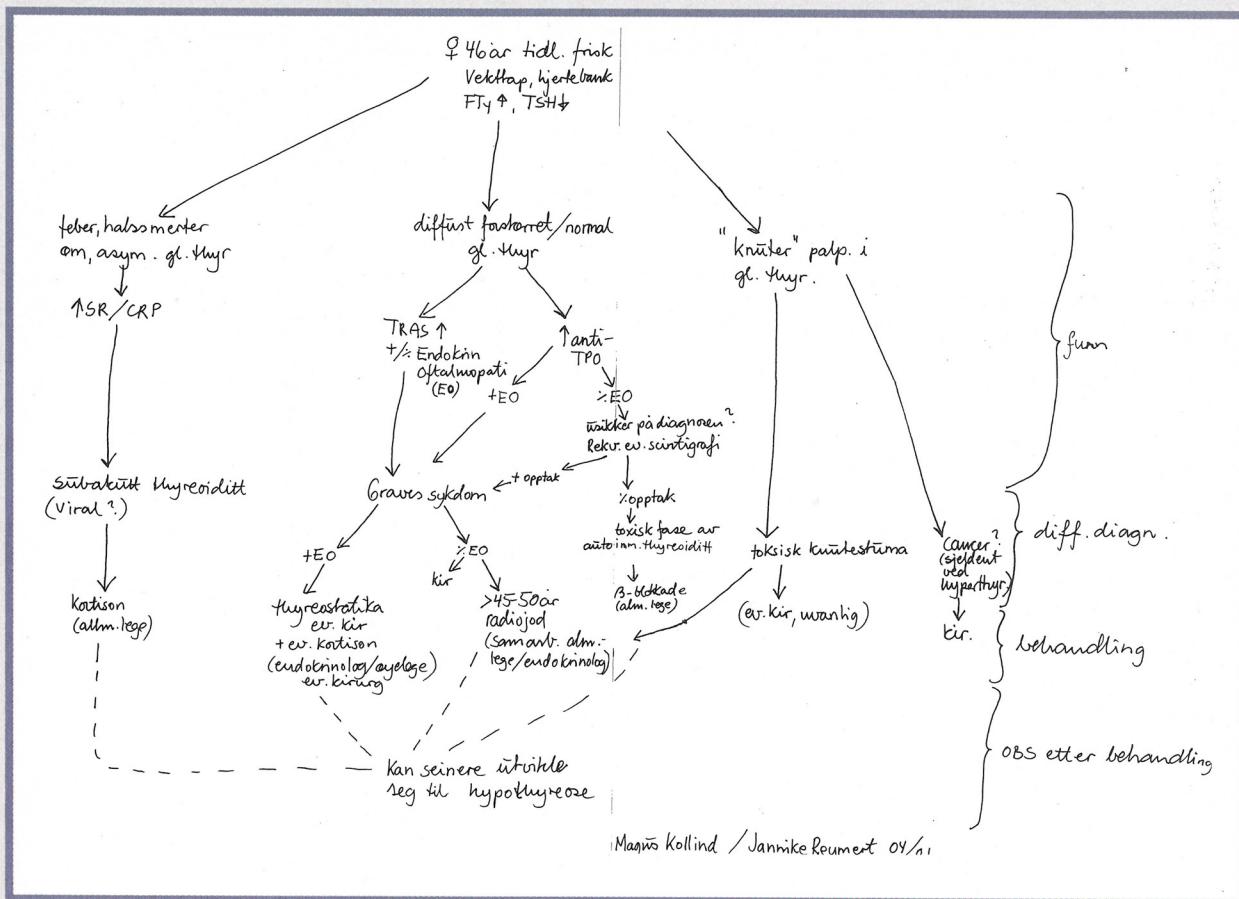
Man må unngå hypothyrose ved behandlingen av Graves sykdom da hypothyreose i behandlingsforløpet kan utløse eller forverre en EO. Vi velger vanligvis å starte substitusjon med thyroxin 0,1 mg x1 ca 3 uker etter start av thyreostatika. (Gravide har et litt annet opplegg med bare thyreostatika i lavest mulige dose).

Etter radiojodbehandling kommer hypothyreose hos de fleste pasienter i løpet av det første året. Tette kontroller av fT<sub>4</sub> og TSH etter radiojod er derfor viktig, ca hver 6 uke de første 6 månedene, siden ca hver 3 måned opp til ett år etter radiojod. Deretter hver 3-6 måned neste år og deretter ca 1 ggr/år. Obs, de nærmeste månedene etter radiojod er s-TSH supprimert og nivået av s-F-T<sub>4</sub> viser hva som hender. Start behandling med thyroxin når fT<sub>4</sub> er i normalområdet og informer pasienten om at thyroxinsubstitusjon er en livslang behandling!

*Spørsmål nr. 4:* Dersom hun hadde feber og halssmerter og du palperte en asymmetrisk thyroidea med lett ømhet i den ene lappen, hvilken diagnose er da mest sannsynlig? Hvilke lab.funn ville du da forventet?

*Svar:* Subakut thyreoiditt (deQuervains thyreoiditt). Vanligvis har pasienten forhøyet SR og/eller CRP, og tilstanden er sannsynligvis viralt betinget. Godt tips: febril pasient med atypiske halssmerter: Palper thyroidea!

*Spørsmål nr 5:* Dersom hun da hadde subakutt thyreoiditt, skal det behandles i allmennpraksis eller av endokrinolog? Hva er behandlingsalternativene?



Svar: Subakutt thyreoiditt kan behandles i allmennpraksis. Kortisonbehandling er det beste, for eksempel 30–60 mg predenisolon/dag (startdose avhenger av sykdomsbildet og SR) i langsom nedtrappende dosering under flere uker/ et par måneder. Når den toksiske fasen er over kan noen pasienter få hypothyreose. Følg pasienten nøyde de neste 6 måneder.

Spørsmål nr 3: Hvilke ytterligere blodprøver ville du nå tatt? Hvilke andre undersøkelser ville du utført?

Du rekvirerer thyreoideantistoffer som ikke er påvisbare. Du palperer alltid gl.thyroidea ved slike funn (selv om mange av dine kolleger har glemt dette enkle klinisk viktige poenget!), det er lett struma, litt ujevn struktur, og er det da aktuelt med flere undersøkelser? (Spørsmål nr 4:)

Svar:

Palpasjonsfunnet og lab.bildet taler for knutestrumma med ev. klinisk hyperthyreose («subklinisk hyperthyreose»). Manglende påvisbare thyreoideantistoffer støtter denne diagnosen. Pasienten har ingen lab.funn som ved menopause og hennes symptom er sannsynligvis forårsaket av hyperthyreose. Egentlig behøves ingen flere undersøkelser av thyreoidea. Ved tvil om pasienten har klinisk hyperthyreose kan man behandle med thyrostatika ett par måneder og se på effekten. Ved positiv effekt skal pasienten tilbys definitiv behandling (primært radiojodbehandling, alternativt operasjon) ettersom toksisk knutestrumma ikke går i regress av seg selv. Ved manglende effekt av thyrostatika seponeses behandlingen og pasienten følges med thyreoideaprøver regelmessig (ca hver 6.–12. måned) og ved økende symptomer.

## KASUS 2

Tidligere frisk 49 år gammel kvinne som sistetid har hatt uregelmessig menstruasjon, føler seg slapp, sover dårlig, har hetetokter og hjertebank. Stabil vekt.

Spørsmål nr 1: Skal dette utredes eller skal det oppfattes som klimakterielle symptomer?

En enkel screening er vel på sin plass, og du tar da? (Spørsmål nr 2:)

HB, SR, Lkc, TSH, FT4, FSH, LH, fastende blodsukker.

Eneste patologiske svar er:

TSH er under 0,02 og FT4 15,1 (ref.verdier: se ovenfor)

Angst for å overse en cancer i dette tilfellet kan minskes med adekvat vurdering og utredning. Knute på halsen og besvær med f.eks smerte i halsregionen, heshet, regionale lymfnuter eller avmagring osv. er meget suspekte funn. Palpasjon av knuter skal gjøres nøyne (størrelse, form, struktur, adherent til underliggende vev, ømhet mm). Suspekte knuter bør henvises for vurdering av kirurg med erfaring i endokrin kirurgi. Anamnese og status er således meget vesentlig. Ultralyd (UL) har liten plass når primærlege skal utrede en sådan pasient. Scintigram gir en viss veiledning, av «kalde» knuter er ca 15% maligne, «varme» knuter er nesten aldri maligne, men scintigram utelukker ikke malignitet. Den viktigste undersøkelse ved tumor-utredning er cytologisk undersøkelse (punksjon med aspirasjon). UL kan da gi god veiledning for den som skal punktere for aspirasjonscytologi.

#### *Om UL generelt:*

Skal ikke brukes som rutine-undersøkelse ved utredning av struma eller hypo/hyperthyreose. Hvis man er usikker på om et palpasjonsfunn virkelig representerer en knute kan UL gi informasjon. UL kan skille mellom solid knute eller cyste, men kan ikke utelukke malignitet i disse.

#### *Om scintigrafi generelt:*

Utføres vanligvis med 99Technetium. Også gravide kan undersøkes med scintigrafi. Nyttet av scintigrafi er begrenset, og denne undersøkelsen er ikke indisert ved utredning

av «struma» eller hypothyreose. Gir ingen sikker informasjon om kjertelens størrelse. Kan ikke med sikkerhet skjelne maligne fra benigne knuter, men «varme» knuter er nesten aldri maligne. Dersom det er mistanke om cancer skal pasienten henvises til kirurg uten å avvente resultat av scintigrafi.

#### *Følgende indikasjoner gjelder for rekvirering av scintigrafi:*

- Ved thyreotoksikose hvis anamnese, klinikk- og lab utredning ikke kan gi sikker årsak. (Graves: diffus opptak, toksisk knutestruma: solitært eller multifokalt opptak, tyroïditt: nedsatt/opphevret opptak).
- Mistanke om intrathorakal struma eller ektopisk thyreoideavev.
- Ev. ved palpabel tumor på halsen og man er usikker på om denne tumor sitter i tyroidea.

#### **Relevant litteratur**

Sylvi Aanderud og Trine Bjøro: Thyroideasykdommer. Universitetsforlaget. 1996.

Lilla endokrinologien. Hægg, Olsson og Kjell Asplund. Studentlitteratur. 1995.

#### **Forfattere:**

Magnus Kollind, spesialist i endokrinologi, overlege ved Innherred sykehus, 7600 Levanger

Jannike Reymert, spesialist i allmennmedisin, Bakkestrand legekontor, 7800 Namsos

## **UTPOSTEN** blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail [rmtrove@online.no](mailto:rmtrove@online.no)

**Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN  
Det koster kr. 375,- pr år!**

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn .....

Adresse .....

Poststed .....

