

SYMPTOM OCH FYND VID PRIMÄR* HYPOTYREOS HOS VUXNA - som olika specialister ser det

Allmän medicin

Frusenhet, aptitlöshet, viktökning, svullnad (ansikte/händer), torr hud, håravfall. Trötthet, ökat sömnbehov, snarkning, allmän tröghet, koncentrationssvårigheter. Heshet. Långsam puls. Muskelstelhet/smärtor/kramper. Galaktorré, menstruationsrubbningar. Nedsatt libido, impotens. Ökad känslighet för exogent insulin. Hyperkolesterolemi. Anemi.

Psykiater

Trötthet, ökat sömnbehov, initiativlöshet, nedsatta kognitiva funktioner, minnessvårigheter. Depression, pseudodemens. Psykos. Affektiva symptom.

Neurolog

Yrsel, nedsatt hörsel. Parestesier, polyneuropati, långsamma senreflexer, myopati. Karpaltunnelsyndrom. Pseudodemens. Sömnapné. Dysartri. Ataxi. Coma. Högt Sp-albumin.

Ortoped/Reumatolog

Muskelstelhet/smärtor/kramper. Högt S-CK. Karpaltunnelsyndrom, ledvärk, ledsvullnad.

Kardiolog

Bradykardi, low voltage på EKG, koronarskleros. Perikardexsudat. Kardiomegali, abnorma ultraljudsfynd. Hyperkolesterolemi.

Gastroenterolog

Obstipation, uppkördhet, aptitlöshet. Patologiska levervärden. Associerad atrofisk gastrit. Lågt S-B12.

ÖNH/Logoped

Yrsel, nedsatt hörsel. Sväljningsbesvär. Torra slemhinnor. Snarkning, sömnapné. Dysartri, ändrat röstläge (heshet).

Hematolog

Anemi (ibland makrocytär), ev samtidig pernicios anemi, järnbrist. Rubbad hemostas, störd trombocytfunktion.

Gynekolog

Menstruationsrubbningar, menorragier, anovulation. Nedsatt libido, nedsatt fertilitet. Hyperprolaktinemi.

Oftalmolog

Endokrin oftalmopati. Periorbitalt myxödem.

Dermatolog, allergolog

Myxödem. Sval, torr (minskad svettning) och gulblek hud. Hyperkeratos, sköra naglar, vitiligo, palmoplantar pustulos, klåda. Torrt hår, håravfall.

** Vid sekundär hypotyreos kan många av ovanstående symptom och fynd föreligga. Hos dessa patienter präglas bilden dock ofta av brist på andra hormoner.*

Feedback-reglering

Thyrotropin Releasing Hormone (TRH, thyroliberin) från hypothalamus stimulerar hypofysen att frisätta tyreoidestimulerande hormon (TSH, thyrotropin). Detta stimulerar tyreoiderna att frisätta främst T₄, som omvandlas i vävnaderna till T₃, vilket i sin tur har den största betydelsen för de biologiska effekterna. Såväl T₄ som T₃ deltar i hämningen av TSH-utsöndringen.

Diagnos och behandling vid primär hypotyreos

Tyreoidfunktionsanalyser

Prov för TSH och helst även fritt T₄ (eller motsvarande analys) börjar på vida indikationer eftersom symptombilden ofta är svårtolkad, speciellt i tidigt skede. Vid högt TSH och lågt (fritt)T₄ föreligger primär hypotyreos. Vid måttligt förhöjt TSH och normalt/lätt sänkt (fritt) är vanligen T₃-koncentrationen normal. Patienten har då inga eller bara lätta symptom (subklinisk hypotyreos). I vissa fall, t ex vid postpartumtyreoidit och tyst tyreoidit, kan hypofyreosfasen vara övergående. Observera att en tillfällig TSH-ökning kan ses hos patienter i efterförloppet till svår allmänsjukdom. Vid lågt (fritt) T₄ utan klart förlopp högt TSH bör möjligheten av sekundär hypotyreos beaktas.

Etiologisk utredning

Bestämning av antikroppar mot enzymet tyreoperoxidas (anti-TPO, tidigare mikrosomala antikroppar) kan göras vid TSH < 10 mU/L att fastsätta om patienten har autoimmun tyreoidit. Denna diagnos kan oftast även ställas med finnålspunktion. Finnålspunktion ska alltid utföras vid oklart palpationsfynd (malignitet?). Tyreoidescintigrafi saknar diagnostiskt värde vid hypotyreos.

Behandling

Vid spontan hypotyreos, som i regel beror på autoimmun tyreoidit, föreligger indikation för substitution med tyroxin om TSH-koncentrationen överstiger 10 mU/L. Behandling med tyroxin kan även övervägas vid mindre uttalad TSH-ökning om patienten har 1) tydligt förhöjda koncentrationer av anti-TPO eller 2) vid finnålspunktion påvisad lymfocytär tyreoidit eller diffus struma. Behandlingsförsök under 3-6 månader kan vara motiverad även vid mindre uttalad TSH-ökning om patienten har symptom som givit misstanke om hypotyreos. Behandling med Levaxin inleds vanligen med små doser, 0,025-0,05 mg varje eller varannan dag. Doseringen är individuell med speciell försiktighet hos äldre patienter eller när kardiovaskulär sjukdom föreligger. Dosökning med 0,025-0,05 mg kan göras var 3-4 vecka hos yngre, och var 6-8 vecka hos äldre. Behandlingen justeras med ledning av TSH. Normaliseringen

sker långsamt, varför ny TSH-analys sällan behöver göras tidigare än 6 veckor efter dosändring. Dosen reduceras vid symptom på översubstitution. Vid kärkramp bör särskild försiktighet iakttagas. Vid ögonsymptom bör substitution ske i samråd med specialist. Provtagning för substitutionskontroll ska ske minst 8 tim efter tablettintag. Adekvat underhållsdos (patienten symptomfri, TSH inom referensintervallet för friska) är vanligen 0,10 – 0,20 mg/d hos yngre. Hos äldre räcker det ofta med något lägre dos. Det kan ta lång tid innan en patient med uttalad hypotyreos är helt återställd (upp till ett år).