

Läkare behöver bli bättre på att upptäcka och behandla subklinisk hypotyreos. Särskilt viktigt att behandla är det om kvinnan är gravid, eller försöker att bli det. Det säger Ove Törring, docent och överläkare specialiserad inom endokrinologi och internmedicin.

Monica Törnell, 55 år från Söderhamn, gick med typiska symtom för en underfungerande sköldkörtel i sjutton år. Hon hade ökat mycket i vikt på kort tid, led av vätskesvullnader, värk i kroppen, svåra minnes- och koncentrationsproblem och var extremt trött. Trots flera besök hos olika läkare hittade man inget fel på henne, och Monica fick ofta höra att hennes symtom tillhörde åldrandet. 1997, 43 år gammal, fick hon diagnosen kroniskt trötthetssyndrom. 2001 uppmärksammade en läkare att Monicas TSH var lätt förhöjt och skrev ut Levaxin åt henne.

– Det var som om någon tände lampan. Jag hade inte varit närvarande på så många år och med medicineringen fick jag äntligen tillbaka min hjärna och kunde börja tänka igen. Jag blev piggare och även mina andra symtom förbättrades, men det har tagit tid, berättar Monica Törnell.

Det är inte ovanligt att patienter med hypotyreos haft symtom och sökt vård under en längre period innan deras TSH nått gränsen för vad som anses sjukligt och behandling sätts in.

I USA sänkte man 2006 TSH-gränsen för vad som bedöms vara en underfunktion i sköldkörteln från 4,0 mE/L till 3,0 mE/L. Karolinska sjukhuset i Solna sänkte 2007 samma gräns från 4,5 mE/L till 3,5 mE/L. Om individer med påvisbara antikroppar mot tyreoperoxidas, TPOAk, exkluderas vid valet av population när referensintervallet ska bestämmas, blir intervallet nämligen snävare; 0,3–3,5 mE/L i stället för 0,3–4,2 mE/L. 10 till 20 procent av den svenska befolkningen har påvisbara TPOAk, vilket ökar risken betydligt för att utveckla hypotyreos.

Plus 1,0 i TSH kan ge symtom

Ökad risk för hypotyreos har också dem med ett TSH från 2,0 mE/L och uppåt, visar en tjugoårsuppföljning av tyreoida-undersökningarna i en population. Och detta oavsett om individerna har påvisbara TPOAk eller inte.

Amerikanska National Academy of Clinical Biochemistry, NACB, gick 2003 ut med riktlinjen att patienter med ett TSH över 2,5 mE/L, vid två provtagningstillfällen med minst tre veckors mellanrum, kan befinna sig i ett tidigt stadium av hypotyreos.

– Och då 95 procent av den friska befolkningen ligger i referensintervallet 0,5 mE/L till 2,5 mE/L, blir detta med största sannolikhet den nya riktlinjen för när behandling ska övervägas vilket jag anser helt korrekt, säger Ove Törring, verksam vid Karolinska Institutet och Södersjukhuset i Stockholm.

Referensintervallet för TSH är ett medelvärde beräknat på en populationsgrupp.

– För dem som normalt sett har en låg setpoint för TSH-T4-relationen kan det innebära att det som är ett förhöjt TSH för dem, ändå är ett TSH som befinner sig inom referensintervallet. En dansk studie visar att TSH hos en frisk individ håller sig relativt konstant och en ökning med 1,0 mE/L kan vara förenat med symtom för den som är drabbad, säger Ove Törring.

Subklinisk som är icke-subklinisk.

Subklinisk hypotyreos står egentligen för ett tillstånd med normalt T4 och T3 tillsammans med en förhöjd koncentration av TSH, men där patienten inte har några symtom. Denna benämning är dock olycklig eftersom många undersökningar visat att individer med subklinisk hypotyreos visst kan ha symtom, det vill säga vara "icke-subkliniska". Benämningen "mild hypotyreos" används därför allt oftare.

– Symtomen är ofta allmänna. Patienten kanske söker för depressiva besvär, trötthet och andra symtom som kan påminna om normalt åldrande, och det är lätt att missa att det är ett förstadium till hypotyreos det handlar om. Eftersom depressiva symtom är vanliga vid hypotyreos även i tidig fas, kan man överväga om inte tyreoidaprover bör tas initialt innan SSRI sätts in, menar Ove Törring.

Stegrade TPOAk kan då vara vägledande –

Diskutabel gräns för TSH-värdet vid hypotyeros

Hypothyreos

Risken att insjukna i hypothyreos är fem till tio gånger högre hos kvinnor än hos män. Sjukdomen har en ärftlig disposition och förekommer i alla åldrar, men är vanligare hos medelålders och äldre.

Den vanligaste orsaken till att sköldkörteln producerar för lite tyroideahormoner är att kroppens immunförsvar angriper sköldkörteln och orsakar en inflammation som förstör körtelvävnad, så kallad kronisk autoimmun tyreodit.

Andra orsaker kan vara radiojod- eller kirurgisk behandling för hypertyreos, operation för struma eller tyroideacancer, jod- eller selenbrist, vissa läkemedel, sjukdom i hypofysen, extern strålbehandling. Övergående inflammation i sköldkörteln, som ofta ses efter graviditet, kan också leda till hypothyreos.

Typiska symtom är en kropp som går på lågvarv med låg kroppstemperatur, låg puls, frusenhet, kronisk trötthet, viktuppgång trots minskad aptit, muskel- och ledvärk, ångest, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, försämrat minne, yrsel, huvudvärk, menstruationsstörningar, nedsatt fertilitet, håravfall, torr hud, ständiga infektioner, magtarmproblem samt i uttalade fall vätskeansamlingar i underhuden – så kallat myxödem.

men är inget krav. En amerikansk undersökning publicerad i tidskriften *Thyroid* år 2000, där 552 patienter genom ultraljud eller cytologi diagnostiserats med autoimmun aktivitet i sköldkörteln, visade exempelvis att 21 procent saknade påvisbara TPOAk.

Viktig är också familjeanamnesen. Om patienten har sköldkörtelsjukdom eller en annan autoimmun sjukdom i släkten, ökar det indikationen för behandling.

Ett års tyroxinbehandling på prov

Om man som läkare är osäker på om man har en subklinisk patient framför sig eller inte, är det bättre att patienten får prova tyroxin, än stå utan behandling, menar Ove Törring.

– Det enda som kan hända vid en försiktig upptrappning med tyroxin är att patienten inte märker någon förbättring. Ofta bör det dock gå ett år innan man kan vara riktigt säker på utebliven effekt av tyroxinbehandlingen, och patientens TSH bör ha legat runt 1 mIE/L i några månader.

TPOak-positiva ungdomar som blivit trötta, oengagerade och haft svårt att följa med i skolarbetet, samt kvinnor med infertilitet eller som får återkommande missfall, är två grupper som Ove Törring behandlat framgångsrikt med Levaxin, trots att de haft TSH inom referensintervallet; från 1,8 mIE/L och uppåt. Med tyroxinbehandling mår ungdomarna bättre samt lyckades bättre i skolan och kvinnorna blev nästan alla gravida och förlösta.

– Jag tror också att personer som blir "utbrända" ibland kan lida av en odiagnostiserad subklinisk hypothyreos. När ämnesomsättningen sviktar ökar stressnivån, och patientens kognitiva förmågor att hantera problem och kriser i hemmet och på arbetsplatsen minskar.

Och ju högre stressnivå desto mer försvagas immunförsvaret, vilket kan förstärka den inflammatoriska processen i sköldkörteln som redan påbörjats.

– Jag har haft många patienter som haft en period av "utbrändhet" åren innan hypothyreos konstaterades, säger Ove Törring.

Stor skillnad med små dosändringar

Då man sällan vet vilket TSH-värde patienten hade innan sjukdomsprocessen startade, får man försöka hitta det genom successiva dosökningar, med riktsnöret 1 mIE/L (0,5-2,0) i TSH.

– Vid fininställningen kan man ibland behöva

dosera med 25 mikrogram mer eller mindre två till tre gånger i veckan för att hitta rätt dos för patientens välbefinnande.

Fördelar med att behandla subklinisk hypothyreos är enligt Ove Törring friskare patienter med bättre livskvalitet, färre besök med patientfall som vården inte lyckas lösa, "infertila" kvinnor kan ofta bli fertila, skolgång och uppgifter på arbetsplatsen går betydligt bättre med en hjärna som inte går på lågvarv och människor slipper bli utbrända. Under det senaste årtiondet har det också publicerats många studier som visar på ett samband mellan subklinisk hypothyreos och riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom. Detta genom flera olika mekanismer associerade med utvecklingen av ateroskleros.

TSH-kontroll viktig vid graviditet

För gravida kvinnor är det ännu viktigare att inte ha en sviktande ämnesomsättning. Och det särskilt under den första trimestern eftersom ett flertal viktiga strukturer i fostrets centrala nervsystem grundläggs då, vilket kräver en tillräcklig koncentration av tyroideahormoner för att utvecklas normalt.

– Gravida kvinnor får inte ha ett TSH-värde högre än 2,5 mIE/L, då ska de behandlas med tyroxin. Och gravida kvinnor som redan medicinerar för hypothyreos måste se till att de ligger under 2,5 mIE/L under hela graviditeten. De allra flesta behöver öka tyroxindosen något redan tidigt i graviditeten.

Av Emese Gerentser

