
Hypothyreose - lett eller vanskelig diagnose?

REDAKSJONELT

JORDE R

Primær hypothyreose er en vanlig tilstand. Den rammer kvinner 4-5 ganger så hyppig som menn, øker i insidens med alderen, og sees hos ca. 4% av kvinner over 70 år (1).

Hypothyreose kan gi symptomer fra nærmest alle kroppens organsystemer. I klassiske tilfeller har pasienten asteni, kuldefølelse, obstipasjon, heshet, langsom puls, muskelsmerter osv. Men også andre, mer sjeldne, manifestasjoner kan sees, så som endret trombocyttfunksjon med et von Willebrand-liknende bilde (2).

Dette mangfold av symptomer gjør at hypothyreose kan sies å være en "imitatorsykdom". Det vanskelige med slike sykdommer er å huske på tilstanden når en pasient presenterer symptomer som ikke er klassiske. De fleste leger er klar over dette. Terskelen for å undersøke thyreoideafunksjonen er derfor lav, hvilket reflekteres i det høye antall normalsvar på innsendte thyreoideaprøver. Likevel vil alltid en og annen pasient med hypothyreose kunne oversees, på linje med forsinket diagnostikk av andre sykdommer.

DIAGNOSTIKK AV HYPOTHYREOSE

Er det klinisk mistanke om hypothyreose, er diagnostikken i dag enkel. Om nivået av thyroideastimulerende hormon (TSH) er forhøyet, kombinert med lavt fritt T₄, vil diagnosen primær hypothyreose være sikret. Ved sekundær (hypofysær) eller tertiær (hypotalamisk) hypothyreose vil begge verdier være lave. Dette er sjeldne tilstander, og nesten alltid kombinert med andre endokrine utfall.

Før behandlingen av primær hypothyreose startes, må man forsikre seg om at det ikke foreligger en potensielt forbigående sykdom, som subakutt eller postpartum tyreoiditt. Eksogene faktorer som for høyt eller for lavt jodinntak, medikamenter (amiodaron), partiell tyreoidektomi og radiojodbehandling gitt i ikke-ablativ doser, kan også gi reversibel hypothyreose (3). Er slike forhold ekskludert, er behandlingen enkel: livslang substitusjonsbehandling med tyroksin. Subklinisk hypothyreose Skal pasienter

som har lett forhøyet TSH og fritt T₄ i nedre del avnormalområdet behandles? Hvis en slik pasient ikke har kliniske symptomer, bør man måle antistoff motthyreoideaperoksidase (anti-TPO). Ved høyt anti-TPO er risikoen for utvikling av manifest hypotyreose svært stor, og man kan like godt starte behandling med tyroksin først som sist (4). Dette er en av de meget få situasjoner hvor måling av thyroideaantistoff er av praktisk nytte.

Ved negativt anti-TPO og usikre kliniske symptomer kan det være på sin plass å gjøre et terapiforsøk. Det foreliggende dobbeltblinde kryssforsøk der pasienter med lett forhøyede TSH-verdier har vært gitt tyroksin (5, 6).

Beggeundersøkelsene viste symptomatisk bedring hos ca. en tredel av pasientene, hvilket indikerer at man burde være relativt liberal med å prøve slik behandling. Dersom det ikke kommer symptomatisk bedring i løpet av et halvt år, bør tyroksinseponeres, og man får heller lete etter andre forklaringer på pasientens plager.

Kan man gjøre noe galt ved å unnlate å behandle subklinisk hypotyreose? Manifest hypotyreose er assosiert med hyperkolesterolemi og økt arteriosklerotendens. Tyroksinbehandling av selv moderat hypotyreose reduserer kolesterolnivået og kan være et ytterligere argument for å starte behandling av enkelte pasienter (7).

"UNØDVENDIG" TYROKSINBEHANDLING

Hva så om man gir tyroksin selv om det egentlig ikke var indisert? Dersom doseringen av tyroksin er korrekt, slik at TSH holder seg innenfor normalområdet, kan man neppe gjøre mye galt. Men man må ha i mente at kjertelen mister sinevne til finregulering ved endret behov, og muligheten til å gjenoppta egenproduksjon ved seponering vil etter noen år falle bort.

På den annen side er det mer sannsynlig at man gjør feil hvis man overdoserer. Subklinisk hypertyreose medsupprimert TSH disponerer for utvikling av atrieflimmer (8) og trolig også for osteoporose (9). Men dette kan unngåshvis tyroksindosen innstilles riktig, noe som vanligvis er enkelt. Med disse retningslinjer burde hypotyreose være en lett og takknemlig sykdom å behandle.

TYROKSIN VED NORMAL THYROIDAEFUNKSJON

Mange pasienter med normale thyreoideaprøver har plager som kan likne det man ser ved moderat hypotyreose. Kan disse pasientene på tross av god laboratoriediagnostikk likevel ha for lavt stoffskifte?

Ja, kanskje kan de det.

Hypotyreose er en sykdom som vanligvis utvikler seg langsomt. Når produksjonen av tyroksin går nedover, vil TSH-nivået etter hvert komme over det vi definerer som normalområdet. Men innen så skjer, kan pasienten til tross for normalverdier ha litt lavere tyroksinspeil enn det som for vedkommende er ideelt. Om dette er nok til å gi merkbaresymptomer, vet vi i dag lite. Muligens kan helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag gi oss et svar. Der er det målt TSH-nivå hos mer enn 40 000 personer, samtidig som det er innhentet opplysninger om muskel- og skjelettplager, depresjoner og andre livskvalitetsmål (Trine Bjørø, Hormonlaboratoriet, Aker sykehus, personlig meddelelse).

Dersom det skulle vise seg at personer med TSH-verdier i øvre del av normalområdet har signifikant flere plager enn personer med lavere TSH-verdier, ja da vil hypotyreose virkelig bli en vanskelig sykdom å diagnostisere!

Rolf Jorde

LITTERATUR

1. Bjørø T, Frey HM, Larsen IF, Brochmann H, Hansson F, Gaarder PI. Thyroideafunksjon og thyroideaantistoffer i befolkningsgrupper over 70 år. Prevalensundersøkelse fra Oslo og Nærøy. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 1048-51.
2. Bürgi U, König MP. Clinical pathophysiology and metabolic effects of hypothyroidism. Clin Endocrinol Metab 1988; 2: 567-89.
3. Toft A. Transient hypothyroidism. Clin Endocrinol (Oxf) 1997; 46: 7-8.
4. Tunbridge WMG, Brewis M, French JM, Appleton D, Bird T, Clark F et al. Natural history of autoimmune thyroiditis. BMJ 1981; 282: 258-62.
5. Nyström E, Caidahl K, Fager G, Wikkelsö C, Lundberg P-A, Lindstedt G. A double-blind cross-over 12-month study of L-thyroxine treatment of women with "subclinical" hypothyroidism. Clin Endocrinol (Oxf) 1988; 29: 63-76.
6. Cooper DS, Halpern R, Wood LC, Levin AA, Ridgway EC. Thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. A double blind placebo controlled trial. Ann Intern Med 1984; 101: 18-24.
7. Tanis BC, Westendorp RGJ, Smelt AHM. Effect of thyroid substitution on hypercholesterolaemia in patients with subclinical hypothyroidism: a reanalysis of intervention studies. Clin Endocrinol (Oxf) 1996; 44: 643-9.
8. Sawin CT, Geller A, Wolf PA, Belanger AJ, Baker E, Bacharach P et al. Low serum thyrotropin concentration as a risk factor for atrial fibrillation in older persons. N Engl J Med 1994; 331: 1249-52.
9. Faber J, Galløe AM. Changes in bone mass during prolonged subclinical hyperthyroidism due to L-thyroxine treatment: a meta-analysis. Eur J Endocrinol 1994; 130: 350-6.

Publisert: 10. juni 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. desember 2025.