

Typfall: Yasmine, 29 år, trötthet

Termin: 8

Tema: Primärvård

Ansvarig för fallet: Maaïke Giezeman

Ingress

Yasmine, 29 år, är mor till två barn (4 år resp 2 år) och upplever en tilltagande trötthet och orkeslöshet. Hennes mormor hade problem med ämnesomsättningen efter det att hon fått barn.

Lärandemål relaterat till fallet:

förklara epidemiologi, patogenes, symtomatologi, diagnostik, differentialdiagnostik, behandling och prevention vid vanliga sjukdomar/tillstånd samt mindre vanliga, men principiellt viktiga, sjukdomar/tillstånd inom ramen för tema Neuro och Rörelse och tema Nutrition, Metabolism och Elimination,

Symtom och eventuella diagnoser som fallet berör och som bör diskuteras:

Trötthet är en vanlig kontaktorsak i primärvården. Allmänläkarens utmaning består i att bedöma om tröttheten är ett tidigt tecken på en somatisk sjukdom eller om den speglar patientens reaktion på problem i vardagen. Glöm inte biverkningar av läkemedel, alkohol och droger.

Allmän differentialdiagnostik vid trötthet och sjukdomskänsla är t ex: stress och livsstilsrelaterade faktorer, depression, ångesttillstånd, infektioner och postinfektös trötthet, anemi, sömnapné, hypotyreos, diabetes (typ 1 och typ 2), Mb Addison, Mb Cushing, hyperparatyreoidism, hypercalcemi,, malignitet, hjärtsvikt, njursvikt, hepatit, vissa läkemedel, droger och graviditet.

Om tröttheten har varat i mer än fyra veckor och kan kompletterande undersökningar vara av värde. (Avvikelse som förklarar tillståndet påvisas i bara 5% av fallen).

Aktuella laboratorieprover: Blodstatus, CRP, SR, glukos, TSH, Na, K, krea, Ca, leverprover. Urinsticka. (Eventuellt celiakitest vid ospecifika magtarmsymtom: transglutaminasantikroppar).

Saker som bör diskuteras i samband med hypotyreos:

- Fortsatt utredning efter fynd av ett förhöjd TSH enligt "kliniskt kunskapsstöd".

Vid förhöjt TSH, kontrollera om TSH samt ta fritt T4 och tyreoperoxidas (TPO)-antikroppar:

- omgående vid förhöjt TSH > 10 mIE/l, oavsett symtom
- efter 4–6 veckor vid förhöjt TSH, men < 10 mIE/l, vid samtidiga symtom
- efter 2–3 månader vid förhöjt TSH, men < 10 mIE/l, utan samtidiga symtom.
- Levaxinbehandling och uppföljning
 - Generellt behandlingsmål är symtomfrihet och ett normaliserat TSH. De flesta patienter mår bra då TSH ligger i nedre hälften av det normala intervallet.
 - Symtomregressen vid behandling är ofta långsam, uppemot 6–12 månader, trots normalisering av prover.
 - Sätt in tablett levotyroxin 25–50 µg x 1. Välj lågdos vid hög ålder eller hjärtsjukdom.
 - Ta om TSH och fritt T4 efter 4–6 veckor.
 - Dosjustera vid behov med 12,5–25 µg i taget.
 - Informera om provtagningstidspunkt
 - Informera om att läkemedel som järn, kalcium och antacida interagerar med levotyroxin och bör tas vid olika tidpunkter.
 - Provtagning rekommenderas utifrån patientens behov, vid välinställd hypotyreos räcker en gång per år.
- Subklinisk hypotyreos om provsvar efter andra provtagning hade sett ut så här:

Analys	Resultat	Referens	Enhet
TSH	8,0	0,4-4,0	mIE/L
fT4	11,9	9-19	pmol/L
Anti-TPO	186	<5,6	KIU/L

- Remissindikation till endokrinolog
 - I sällsynta fall kan defekt konvertering av T4 till T3 förekomma (lågt fritt T3 med normalt fritt T4), kontakta endokrinolog vid misstanke.
 - Vid aktiv eller instabil ischemisk hjärtsjukdom.
 - Barn <16 år.
 - Misstanke om central hypotyreos.
 - Överväg remittering vid misstanke om läkemedelsutlöst hypotyreos:
 - Till exempel behandling med litium eller amiodaron
 - Vid behandlingssvikt:
 - Tillståndet förbättras inte, eller eventuellt förvärras under behandling
 - TSH fortfarande förhöjt trots adekvat dosering med levotyroxin
 - Vid behov av second opinion.
- Hypotyreos och graviditet
 - Hypotyreos kan orsaka minskad fertilitet

Handledarversion

- Behandlingsmål är ett TSH inom referensintervallet. Behandlingen bör skötas av endokrinolog eller annan läkare med god kunskap om tillståndet.
 - Vid nypptäckt subklinisk eller manifest hypotyreos – påbörja behandling omgående.
 - Vid tidigare känd hypotyreos med nypptäckt graviditet – öka veckodosen från 7 till 9 normala dygnsdoser omgående.
 - Eventuell behandling med liotyronin eller svinsköldkörtelextrakt bör bytas till levotyroxin.
-
- Hypotyreos typ 2, hår och salivprov på kortisol, patienters egna tankar kring hormonella orsaker till upplevda generella symtom och vad de hittar på internet och hör från privatpraktiserande alternativmedicinare och läkare

[Rekord för hormon från svinsköldkörtel - LäkeMedelsVärlden \(lakemedelsvarlden.se\)](http://lakemedelsvarlden.se)

Handledarversion

Eventuell tilläggsinformation

Ultraljudsundersökning av sköldkörtel:

Ultraljud halsens mjukdelar inkl thyreoidea/parathyreodidea. Generellt minskad i storlek glandula thyreoidea bilateralt, atrofisk utseende, framför allt på höger sida. Parenkymet har heterogent utseende utan någon avgränsbar nodul. Ingen ökad genomblödning. Inga patologisk förstörade lymfkörtlar i halsen i övrigt.

Sammanfattning: En atrofisk glandula thyreoidea, framför allt på höger sida, status efter autoimmun thyreoidit?