

Projektrapport VESTA vårprogrammet 2017

## **Hypothyreos och subklinisk hypothyreos**

Förekomst, diagnostik och behandling på Kvartersakuten Surbrunn  
2014-2016

**Maria Månsson, ST-läkare, Kvartersakuten Surbrunn**

[maria.mansson@sll.se](mailto:maria.mansson@sll.se)

Klinisk handledare: Åsa Colliander, specialist i allmänmedicin, Kvartersakuten Surbrunn

Vetenskaplig handledare: Panos Papachristou, Med.Dr, specialist i allmänmedicin, St Eriks  
vårdcentral.

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Inom primärvården tas ofta prover för att utesluta underfunktion av sköldkörteln. Om hypotyreos föreligger skall alltid behandling sättas in. Vid subklinisk hypotyreos är tyroideastimulerande hormon förhöjt men tyroideahormnivån normal. Symtomen är lindriga eller saknas helt och det saknas tillräcklig evidens för om man rutinmässigt ska sätta in behandling.

**Syfte:** Att kartlägga förekomst samt beslutsunderlag för diagnos och behandling vid hypotyreos och subklinisk hypotyreos på Kvartersakuten Surbrunn under 2014-2016.

**Metod:** Studien var en retrospektiv kvantitativ journalstudie. Samtliga patienter 18 år och äldre som erhållit diagnos hypotyreos (E038 och E039) eller hade TSH > 4,0 under 2014-2016 studerades. Studiepopulationen utgjordes av 69 patienter. Fishers exakta test användes för beräkning av eventuella skillnader.

**Resultat:** 12 % hade hypotyreos, 88 % hade subklinisk hypotyreos. Vid hypotyreos fick alla behandling, 66 % vid subklinisk hypotyreos ( $p=0,046$ ). Vid hypotyreos var medianåldern 39,5 år och könsfördelningen 50 % kvinnor och 50 % män. Vid subklinisk hypotyreos var medianåldern 46 år och könsfördelningen 74 % kvinnor och 26 % män; det förelåg ingen skillnad för huruvida det sattes in behandling med avseende nivå på TSH ( $p=0,079$ ), däremot med avseende på om det fanns uppmätt positiva TPO-ak ( $p=2,16E-05$ ) eller symtom ( $p=0,007$ ).

**Slutsats:** Studien visar att en övervägande majoritet av patienterna med subklinisk hypotyreos fick behandling med Levaxin och att behandlingsrekommendationerna följs i lägre utsträckning än vid hypotyreos. Det finns därför skäl att inom läkargruppen gå igenom riktlinjer och beslutsstöd avseende behandling vid subklinisk hypotyreos.

**MeSH-termer:** Hypotyreos, kliniskt beslutsunderlag, primärvård

## Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Syfte .....	5
Frågeställningar .....	6
Material och metod .....	6
Etiska överväganden .....	11
Resultat .....	12
Diskussion .....	16
Slutsats .....	19
Referenser .....	20
Bilagor .....	21

## Bakgrund

Inom primärvården är det vanligt att man kontrollerar sköldkörtelprover. Provtagning ingår t.ex. som rutin vid diagnostik av depression, hypertoni och förmaksflimmer. Symtom som kan uppstå vid hypotyreos, såsom t.ex. trötthet, viktuppgång, nedstämdhet, håravfall, torr hud, frusenhet samt förstoppning, är vanliga sökorsaker hos patienter inom primärvården vilket också föranleder provtagning (1).

Hypotyreos, dvs. underfunktion av sköldkörteln, delas in i primär och sekundär, där den primära står för 95 % av fallen (1). Primär hypotyreos uppstår vid sjukdom eller behandling som förstör sköldkörtelvävnaden så att tyroideahormonsyntesen störs; TSH är då förhöjt och fritt T4 (fT4) sänkt (2). Autoimmun tyreoidit är den vanligaste orsaken till primär hypotyreos i Sverige (1,2). Sekundär hypotyreos beror på rubbningar i hypofys eller hypotalamus (1).

Subklinisk hypotyreos innebär att TSH är förhöjt medan det föreligger normala nivåer av fT4 och fT3 (1,2). Ofta är symtomen lindriga eller saknas helt (1,2). Orsakerna till subklinisk hypotyreos skiljer sig ej från orsakerna till primär hypotyreos (3). Lätt förhöjt TSH med normalt fT4 som vid subklinisk hypotyreos kan även ses övergående i konvalescensfasen efter icke-tyroideasjukdomar, t ex vid svår infektion, och värdena normaliseras då över tid (1,2).

Internationellt delar man in subklinisk hypotyreos i en mild form där  $TSH \leq 10 \text{ mE/L}$  och en svår form där  $TSH > 10 \text{ mE/L}$  (3). Majoriteten (ca 75 %) utgörs av den milda formen (3). Subklinisk hypotyreos kan utvecklas till manifest hypotyreos, där risken är högre vid höga TSH-värden, dvs. vid den svåra formen, och om tyreoperoxidas-antikroppar (TPO-ak) föreligger (2,3,4,5,6). Vid den milda formen är det mer sannolikt att värdena återgår till det normala (3,6).

Subklinisk hypotyreos kan associeras med ökad sjuklighet avseende kardiovaskulära sjukdomar (4). Man har även i enstaka studie sett att subklinisk hypotyreos kan sänka tröskeln för att utveckla depression (1,4,7). Enligt en Cochrane Review kunde man dock inte påvisa ökad överlevnad eller minskad dödlighet i kardiovaskulära sjukdomar vid tyroxin-behandling hos patienter med asymtomatisk subklinisk hypotyreos generellt (4).

Prevalensen för hypotyreos och subklinisk hypotyreos stiger med åldern och är ca 4 ggr vanligare hos kvinnor än hos män och ökar för kvinnor efter klimakteriet (1,2). Prevalensen för hypotyreos är ca 2 % för kvinnor och <1 % för män; ca 4 % för kvinnor över 50 år (2). Subklinisk hypotyreos är vanligare än hypotyreos och den genomsnittliga prevalensen är för

kvinnor ca 8 % och för män ca 3 %; och är så hög som 15-18 % hos kvinnor över 60 års ålder (2,4).

Då primär hypotyreos föreligger ska alltid behandling inledas med tyroxin (5,8). Ofta blir behandlingen livslång pga. att tillståndet hos majoriteten av patienterna blir permanent (5,9,10).

Konsensus råder internationellt gällande att patienter med TSH > 10 mE/L ska behandlas oavsett om symtom föreligger, då man bl.a. funnit att denna grupp har större risk att utveckla primär hypotyreos än de med den milda formen (3,5,6,10,11). Detta föreslås också i svensk litteratur (1,2,9), men är ej specificerat i Viss behandlingsrekommendationer, vilka är de vi följer inom SLL. Då TSH är förhöjt men  $\leq 10$  mE/L, är det dock kontroversiellt huruvida man rutinmässigt ska behandla med tyroxin (6,12). I dagsläget finns inte tillräcklig evidens för att entydigt kunna rekommendera behandling baserat enbart på TSH-värde och ämnet är under återkommande diskussion (6,12). Vid den mildare formen rekommenderas internationellt omkontroll av proverna inom 3-6 månader för att utesluta sådant som labmässiga fel, övergående TSH-stegring pga. andra orsaker etc. (4).

I rekommendationerna enligt Viss görs ingen distinktion mellan de patienter som har TSH  $\leq 10$  eller  $> 10$  mE/L gällande subklinisk hypotyreos. Man rekommenderar omkontroll av prover efter 4 veckor, och att man då också kontrollerar TPO-ak. Om TSH fortsatt ligger förhöjt tillsammans med förhöjda TPO-ak rekommenderas att man överväger behandling. Om man väljer att avstå eller avvakta behandling rekommenderas årlig kontroll av prover. Detta gäller även om TPO-ak är normala. Om TSH fortsatt är förhöjt vid omkontroll och symtom föreligger görs nytt ställningstagande till behandling (2,9). Man rekommenderar då insättning av behandling på prov i 6 månader och därefter utvärdering av patientens mående. Undantag gäller för fertila kvinnor med graviditetsönskan som alltid skall behandlas vid subklinisk hypotyreos oavsett om det föreligger symtom eller ej (1,5).

I dagsläget finns ingen studie gjord över hur vi på Kvartersakuten Surbrunn handlägger patienter med hypotyreos och hur vi följer riktlinjer avseende behandling. Med tanke på att det har varit och är omdiskuterat kring behandling av subklinisk hypotyreos skall det bli intressant att se hur vi handlägger dessa patienter. Tanken är att resultatet av studien kommer leda till diskussion och reflektion inom läkargruppen. Risker vid överbehandling kan vara ökad somatisering, läkemedelsbiverkningar samt ökade samhällskostnader. Å andra sidan, vid

utebliven behandling hos de patienter som borde få sådan, finns risk för utvecklande av primär hypotyreos och utebliven symtomlindring.

## Syfte

Syftet med studien är att kartlägga förekomst samt beslutsunderlag för diagnos och behandling hos patienter som nydiagnostiserats med hypotyreos och subklinisk hypotyreos på Kvartersakuten Surbrunn under 2014-2016.

## Frågeställningar

1. Hur många patienter blev diagnostiserade med hypotyreos respektive subklinisk hypotyreos på Kvartersakuten Surbrunn under 2014-2016 baserat på nivå av TSH och fT4? Hur stor var andelen för respektive grupp?
2. För respektive grupp (hypotyreos och subklinisk hypotyreos):
  - Hur såg köns- respektive åldersfördelningen ut?
  - Hur stor andel fick behandling? Fanns det någon signifikant skillnad mellan grupperna gällande andel som fick behandling?
3. Hur stor andel av patienterna med subklinisk hypotyreos som erhöll respektive inte erhöll behandling hade:
  - a. TSH > 10 mE/L?
  - b. förekomst av TPO-ak?
  - c. dokumenterade symtom?

Fanns det någon signifikant skillnad mellan gruppen som erhöillit behandling och den som inte erhöillit behandling med avseende på a., b. och c.?

## Material och metod

Denna studie genomfördes som en kvantitativ retrospektiv journalstudie.

Kvartersakuten Surbrunn är en landstingsdriven vårdcentral som ligger i Vasastan i Stockholms innerstad. Antalet listade patienter är ca 13200. Området kännetecknas av väsentligen hög socioekonomisk status samt liten andel med utländsk härkomst, tolksamtal förekommer t ex sällan. På vårdcentralen finns 8 specialister i allmänmedicin och 5 ST-läkare anställda. Stora delar av året brukar det finnas en AT-läkare i tjänst. Vårdcentralen använder sig av journalsystemet Take Care.

## Studiepopulation

### Inklusionskriterier:

Studiepopulationen bestod av patienter 18 år eller äldre som blivit nydiagnostiserade med antingen hypotyreos eller subklinisk hypotyreos under perioden 2014-01-01 – 2016-12-31. Data extraherades från journalsystemet Take Care via rapportverktyget MedRave 4 genom att filtrera ut de patienter som:

- 1) erhållit diagnos *E038 Annan specificerad hypotyreos* eller *E039 Hypotyreos, ospecificerad*
- 2) lämnat S-TSH med värde  $> 4,0$  (4,0 är övre referensvärdet för normalt TSH för det laborietest vårdcentralen använder (Aleris Medilab)) utan att ha fått någon diagnos satt för hypotyreos under perioden

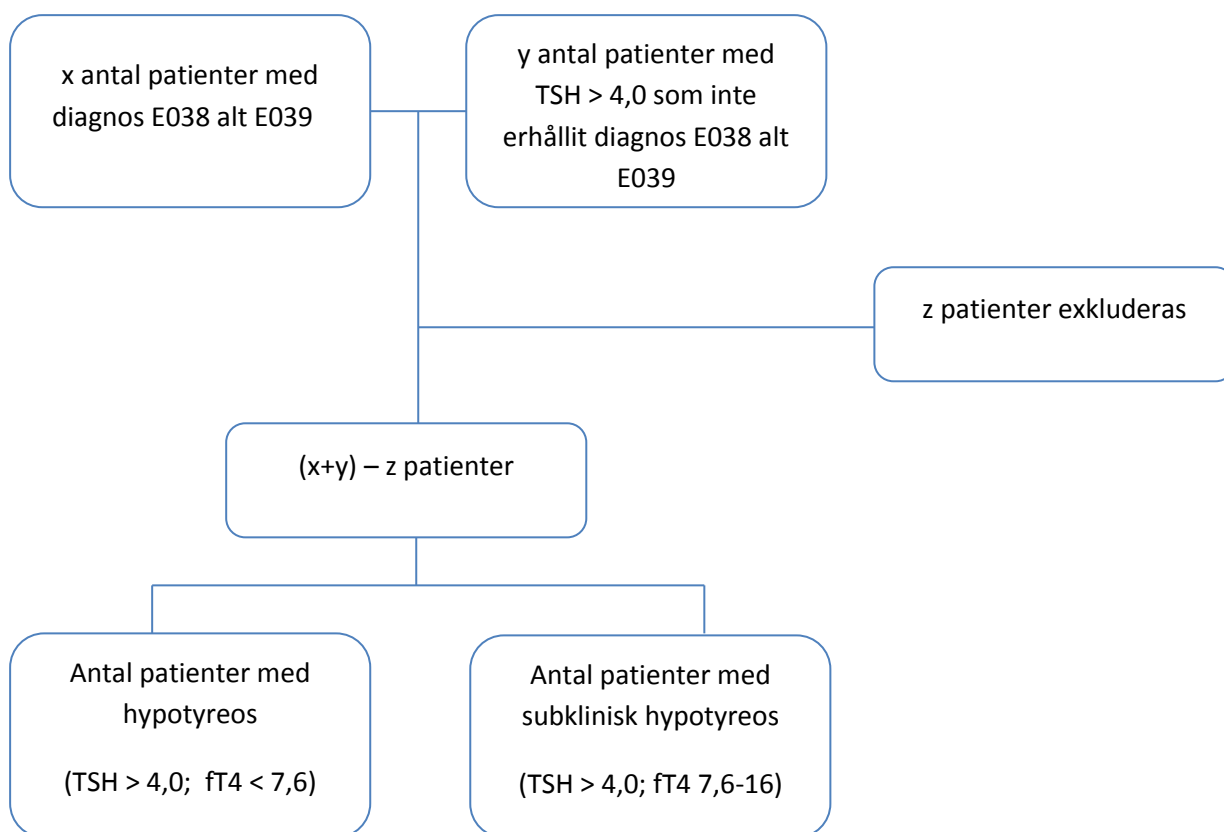
Inom ICD-systemet finns ingen egen diagnoskod för subklinisk hypotyreos utan endast för hypotyreos (E03). Därför kompletterades urvalet enligt ovan med patienter som lämnat labprov med TSH  $> 4,0$  för att inte förlora de patienter som bedömts ha subklinisk hypotyreos men där det inte satts någon diagnos.

### Exklusionskriterier:

- patienter som erhållit diagnos tidigare än 2014-01-01
- patienter som erhållit diagnos på annan vårdcentral än Kvartersakuten Surbrunn
- patienter med ofullständiga uppgifter i journalen, t ex patienter som ej lämnat prover enligt planering eller som listat om sig till annan vårdcentral under den studerade tidsperioden

Efter att urvalet gjordes enligt ovan (dvs. patienter som fått diagnosen hypotyreos (enligt E038 alt E039) eller lämnat labvärde TSH > 4,0) granskades alla patienters journal för att kunna bedöma om de blivit nydiagnostiserade under 2014-2016. De som erhållit diagnos tidigare eller där någon av de övriga exklusionskriterierna förelåg exkluderades ur studien. Därefter fastställdes den slutgiltiga studiepopulationen. Urvalsprocessen åskådliggörs i figur 1. De variabler som i samband med journalgranskningen matades in i databasen i Excel presenteras i tabell 1.



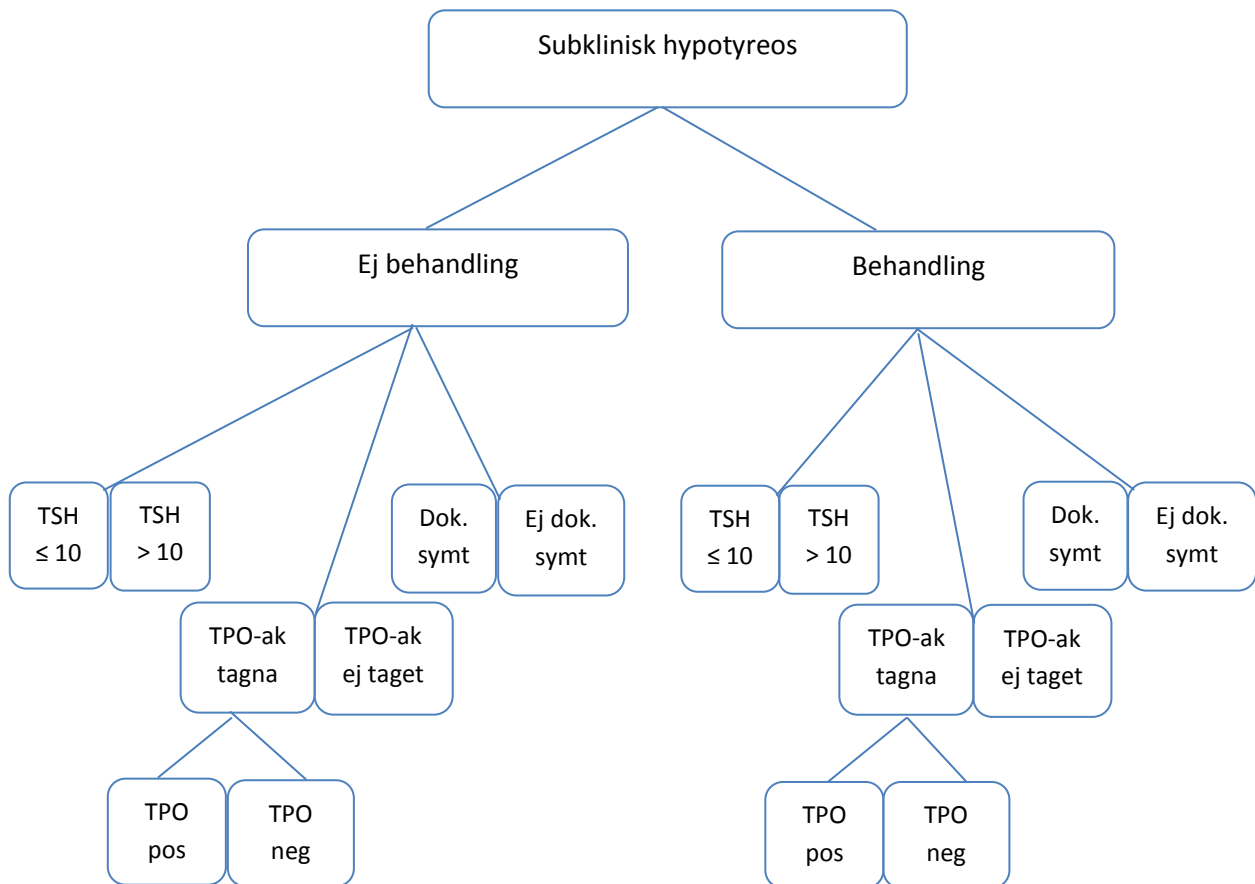


**Figur 1.** Flödesschema över urvalsprocessen för studiepopulationen

**Tabell 1.** Matris över variabler som matades in i databas i Excel

Patient	Kön	Ålder	TSH	ft4	Diagnos	Behandling	Vid subklinisk hypotyreos: TPO-ak	Vid subklinisk hypotyreos: dokum. symtom
Kodnr	man=1; kvinna=2	antal år	värde; värde saknas=0	värde; värde saknas=0	hypotyreos=1; subklinisk hypotyreos=2	ja=1, nej=0	pos=2, neg=1, ej tagits=0	ja=1, nej=0

För patienterna med subklinisk hypotyreos gjordes en indelning i två grupper, utifrån om de fått behandling eller inte. För varje grupp identifierades TSH-nivå, förekomst av TPO-ak och huruvida det fanns dokumenterade symtom enligt figur 2.



**Figur 2.** Flödesschema för identifiering av TSH-nivå, förekomst av TPO-ak och huruvida det fanns dokumenterade symtom för patienter med subklinisk hypotyreos uppdelade utifrån om de erhållit behandling eller inte

## **Analys av data**

När datasammanställningen var gjord enligt ovan och bearbetad i Excel gjordes statistiska analyser i Excel och statistikprogrammet PAST för att kunna svara på studiens frågeställningar. Diagnos, kön, behandling, TPO-ak registrerades som nominella variabler, medan TSH och fT4 som kontinuerliga variabler. Medianålder beräknades gällande ålder då åldersfördelningen inte antogs vara normalfördelad för respektive diagnos.

Skillnad mellan gruppen med hypotyreos och gruppen med subklinisk hypotyreos gällande andel som fick behandling beräknades. För gruppen subklinisk hypotyreos beräknades skillnader mellan de som erhöll behandling och de som inte erhöll behandling med avseende på TSH-nivå, TPO-ak och dokumenterade symtom. Fishers exakta test användes för beräkning av eventuella signifikanta skillnader; 95%-igt konfidensintervall användes.

## **Etiska överväganden**

I samband med planering av studien identifierades en del etiska problem. För det första finns risk att berörda patienter inom studien kan uppleva integritetsintrång då deras journal lästes av studieledaren som ej var behandlande läkare. Dessutom finns risk att läkarkollegor på vårdcentralen kan uppleva integritetsintrång, då de skulle kunna uppleva att deras handläggning av hypotyreospatienter ifrågasätts. För att minimera dessa risker informerades patienterna om studien genom att ett anslag sattes upp i receptionen till vårdcentralen som informerade om studien (bilaga 1). All data avidentifierades genom att varje studiedeltagares personnummer ersattes med ett anonymt kodnummer. Det var endast studieledaren som tog del av materialet för studien och resultatet presenterades på gruppnivå, vilket gjorde att anonymitet för studiedeltagaren garanterades liksom anonymitet för behandlande läkare. Läkarkollegor på vårdcentralen informerades muntligen om studien och dess upplägg i samband med läkarmöte. Verksamhetschefen hade gett i uppdrag till studieledaren att studien skulle genomföras och att studieledaren därmed tog del av journaluppgifter framtagna via MedRave. Materialet som avkodats hölls inlåst i kassaskåp på vårdcentralen under studiens genomförande. När den färdiga rapporten har godkänts kommer allt studiematerial att destrueras. Att se över beslutsunderlag och handläggning av hypotyreospatienter på vårdcentralen är av stor vikt för att kunna förbättra omhändertagandet av denna patientgrupp; nyttan bedöms därför överväga riskerna i denna studie.

## Resultat

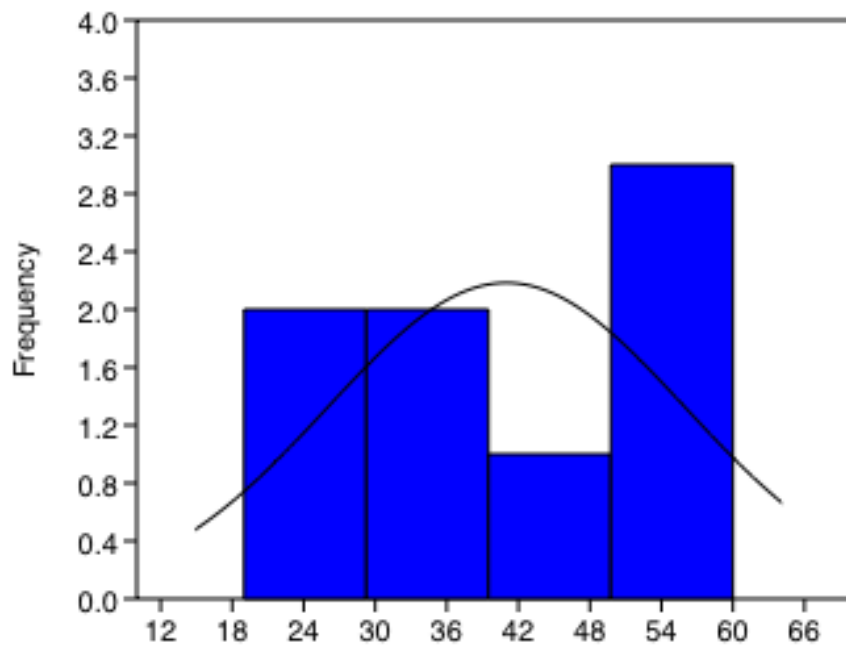
Under 2014-2016 erhöj 301 patienter (18 år eller äldre) diagnoskod E038 alternativt E039. Därutöver återfanns 94 patienter där man uppmätt TSH > 4,0 utan att diagnos E038 eller E039 satts. Således bestod det första urvalet av 395 patienter. Av dessa exkluderades 326 enligt följande:

- 271 patienter hade erhållit diagnos tidigare
- 33 patienter där man kontrollerat om proverna som då var normala och utifrån det ej satt/bedömts som någon diagnos
- 16 patienter som hade förhöjt TSH men som ej utretts vidare, behandlats eller kommenterats i övrigt
- 6 patienter som erhållit diagnos på annan vårdcentral än Kvartersakuten Surbrunn

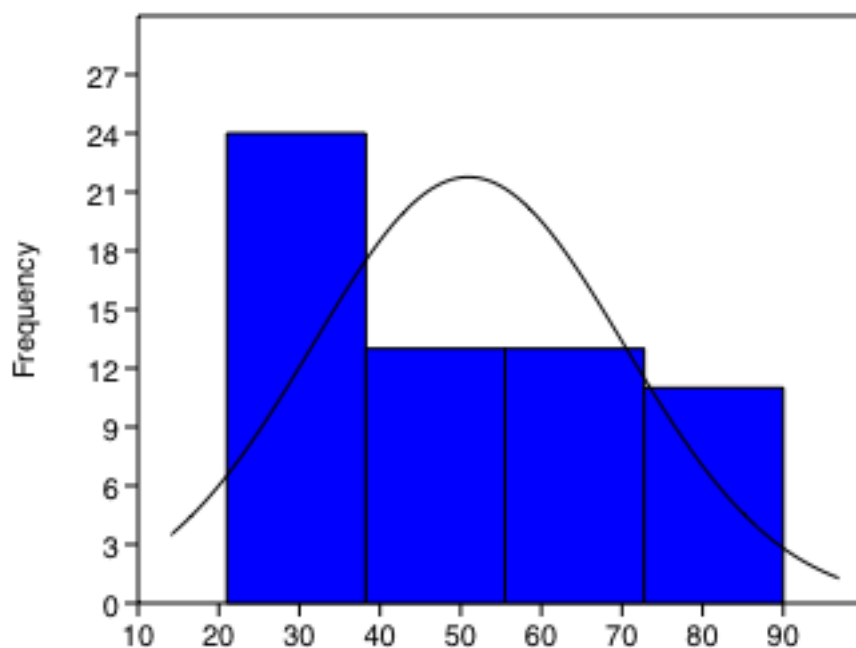
Studiepopulationen blev totalt 69 patienter och bestod av 20 (29 %) män och 49 (71 %) kvinnor. Medianåldern var 43 år med en spridning från 19 till 90 år. Åtta patienter hade manifest hypotyreos och 61 subklinisk hypotyreos utifrån TSH- och fT4-nivå. Andelen hypotyreos var därmed 12 % och subklinisk hypotyreos 88 % (tabell 2).

För gruppen med hypotyreos var könsfördelningen lika mellan kvinnor och män, 4 st kvinnor (50 %) och 4 st män (50 %); medan för gruppen med subklinisk hypotyreos var könsfördelningen 45 st kvinnor (74 %) och 16 st män (26 %).

Åldersfördelningen var inte normalfördelad i någon av grupperna. Medianåldern för patienterna med hypotyreos var 39,5 år med en spridning från 19 år till 60 år (figur 3) och för gruppen med subklinisk hypotyreos var medianåldern 47 år med en spridning från 21 år till 90 år (figur 4).



**Figur 3.** Åldersfördelning för patienter med hypotyreoos i studiepopulationen



**Figur 4.** Åldersfördelningen för patienter med subklinisk hypotyreoos i studiepopulationen

**Tabell 2.** Andel av patienterna som fick respektive inte fick behandling i grupperna hypotyreoos och subklinisk hypotyreoos

	Behandling (n=48)	Inte behandling (n=21)	Totalt (n=69)
Hypotyreoos	100 % (8)	0 % (0)	12 % (8)
Subklinisk hypotyreoos	66 % (40)	34 % (21)	88 % (61)
Totalt	48	21	69

Enligt beräkning med Fishers exakta test förelåg det en signifikant skillnad ( $p=0,046$ ) mellan andel som fick behandling hos gruppen med hypotyreoos jämfört med gruppen med subklinisk hypotyreoos.

**Tabell 3.** Andel patienter med subklinisk hypotyreos som fått behandling respektive inte fått behandling med avseende på parametrarna TSH > 10, förekomst av TPO-ak och dokumenterade symtom.

	Behandling (n=40)	Inte behandling (n=21)	Totalt (n=61)	<i>p</i> -värde (enligt <i>Fishers</i> )
TSH > 10	15 % (6)	0 % (0)	10 % (6)	0,079
Förekomst TPO-ak	58 % (23)	5 % (1)	39 % (24)	2,16E-05
Dokumenterade symtom	53 % (21)	10 % (2)	38 % (23)	0,0007

För patienterna med subklinisk hypotyreos hade 15 % av de som fick behandling TSH > 10. Alla patienter som hade TSH > 10 fick behandling. Det kunde dock inte påvisas någon statistiskt signifikant skillnad mellan gruppen som fick behandling och den som inte fick behandling (vilken inte innehöll några patienter) ( $p=0,079$ ).

58 % av de som erhöll behandling och 5 % av de som inte erhöll behandling hade positiva TPO-ak (tabell 3). Fishers exakta test beräknades och det förelåg signifikant skillnad mellan gruppen som fick behandling och gruppen som inte fick det med avseende på huruvida positiva TPO-ak hade uppmätts ( $p=2,16E-05$ ). Det ska dock påpekas att hos 15 patienter hade man inte testat för TPO-ak (varav 5 st tillhörde behandlingsgruppen och 11 st gruppen som inte fick behandling).

Av de patienter med subklinisk hypotyreos som fick behandling fanns symtom dokumenterat hos 53 %, jämfört med hos 10 % av de som inte fick behandling (tabell 3). Fishers exakta test beräknades och det förelåg signifikant skillnad mellan gruppen som fick behandling och gruppen som inte fick behandling med avseende på om symtom hade dokumenterats ( $p=0,0007$ ).



## Diskussion

Denna studie visade att de flesta av patienterna som ingick i studiepopulationen hade subklinisk hypothyreos, endast cirka en av tio hade manifest hypothyreos. Detta resultat överensstämmer med två tidigare VESTA-studier där man också fann att en övervägande majoritet av patienterna hade subklinisk hypothyreos (14,15). Majoriteten av patienterna med subklinisk hypothyreos fick behandling och huruvida man fick behandling eller inte skiljde sig åt med avseende på om det uppmätts positiva TPO-ak och om man hade symtom, medan nivån på TSH inte gjorde någon skillnad.

För patienter med såväl hypothyreos som subklinisk hypothyreos är prevalensen högre hos kvinnor än hos män (1,2,4). I denna studie var hälften kvinnor och hälften män för gruppen med hypothyreos medan fördelningen var 74 % kvinnor och 26 % män för gruppen med subklinisk hypothyreos. Således skiljde sig könsfördelningen för patienterna med manifest hypothyreos från det förväntade. Detta skulle kunna bero på att urvalet var så pass litet, endast 8 patienter, vilket skulle kunna betyda att slumpen avgjort.

Gällande åldersfördelningen var spridningen större för gruppen med hypothyreos jämfört med gruppen med subklinisk hypothyreos; medianåldern var 39,5 år vid hypothyreos och 45 vid subklinisk hypothyreos. Med tanke på att prevalensen stiger med ökad ålder och ff. a. hos kvinnor efter klimakteriet var medianåldern något låg mot vad man kunde förvänta sig (1,2,4). En möjlig förklaring skulle kunna vara att vårdcentralen erbjuder hög tillgänglighet, dvs. att det är enkelt att få tid hos läkare och att man därför möjligen söker tidigare för olika symtom, alternativt att man är mer benägen att söka läkare för diffusa eller lindriga symtom. En annan förklaring skulle kunna vara att läkarna på Kvartersakuten Surbrunn är tidiga att ställa diagnos och noggranna vid utredning av sjukdomar såsom t ex depression, hypertoni och förmaksflimmer, vilket skulle kunna innebära att TSH kontrolleras oftare och tidigare än på andra ställen. Området kännetecknas av hög socioekonomisk status, vilket också kan spela in, då patienterna i hög utsträckning är väl pålästa och inte sällan önskar specifik provtagning som t ex TSH.

Alla patienter som hade hypothyreos fick behandling med Levaxin, vilket överensstämmer med aktuella behandlingsrekommendationer (5,8,9). Rekommendationerna vid manifest hypothyreos är tydliga och vedertagna, vilket gör att resultatet inte var överraskande. Därmed kan konstateras att Kvartersakuten Surbrunn är följsam när det gäller behandling av just dessa patienter.

Även om det förelåg en signifikant skillnad mellan grupperna hypotyreos och subklinisk hypotyreos avseende andel som fick behandling eller inte, så fick en oväntat hög andel behandling i gruppen med subklinisk hypotyreos – nästan 7 av 10 patienter. Förutom ett tidigare VESTA-arbete, där man fann liknande resultat (15), har det varit svårt att hitta studier som visar hur stor andel av patienter med subklinisk hypotyreos som fått alternativt borde fått behandling utifrån gällande rekommendationer. Det man kan konstatera är att alla patienter som hade subklinisk hypotyreos och TSH > 10 fick behandling, vilket överensstämmer med det som är rekommenderat såväl internationellt som i svensk litteratur även om det inte är preciserat i Viss rekommendationer (1,2,3,5,6,9,10,11). Dock utgjorde andelen patienter som hade TSH > 10 endast en liten del (10 %) av det totala antalet patienter med subklinisk hypotyreos. Denna fördelning mellan högt eller lågt TSH stämmer väl överens med siffror man presenterat i andra studier (3). De med TSH > 10 utgjorde 15 % av behandlingsgruppen. Det innebär att 85 % av de som fick behandling endast hade lätt stegrad TSH.

Detta skulle kunna tala för att värdet på TSH inte har så stor betydelse vid insättning av behandling. Huruvida det fanns positiva TPO-ak eller inte verkar ha spelat större roll, mer än hälften av patienterna i behandlingsgruppen hade positiva antikroppar och man såg att det fanns en signifikant skillnad gentemot icke-behandlingsgruppen. Detsamma gäller för dokumenterade symtom, där man också såg en signifikant skillnad med avseende på om man fick behandling eller inte. Detta tyder på att positiva TPO-ak och symtom spelar roll vid beslut om behandling eller inte. Man skulle möjligen kunna tänka sig att siffran för dokumenterade symtom är falskt låg då det kan ha förelegat symtom även om de inte dokumenterats i journalen.

I samband med datainsamlingen framkom att läkarna generellt gör olika gällande bedömning om behandling ska sättas in vid subklinisk hypotyreos eller inte och det framkom inget enhetligt mönster i beslutsprocessen. I några fall hade man bedömt subklinisk hypotyreos som manifest hypotyreos. Hos ett par patienter hade man valt att sätta in behandling enbart på basen av ett lätt förhöjt TSH, och först efter att behandlingen satts in tagit fT4 och TPO-ak. I dessa fall kunde man inte veta om det faktiskt var en hypotyreos eller en subklinisk hypotyreos man behandlade. I ett ytterligare fall (som dock exkluderades) hade man satt diagnos hypotyreos och satt in behandling enbart på positiva TPO-ak trots normalt TSH och fT4.

Sammanfattningsvis kan man anta att vi på Kvartersakuten Surbrunn i viss mån överbehandlar patienter som har subklinisk hypotyreoos. Orsakerna kan förstås vara flera. Dels är tillståndet i sig just subkliniskt och kan av den anledningen vara svårvärderat med avseende på symtom. De symtom som kan uppstå är symtom som dessutom kan uppkomma vid många andra sjukdomar. Vid subklinisk hypotyreoos är behandlingsrekommendationerna inte lika entydiga och enkla att följa som vid hypotyreoos (8). De innefattas t ex. av fler parametrar (TPO-ak och symtom) i beslutsunderlaget än bara TSH och fT4 (8). Utöver detta råder inte konsensus inom professionen kring hur man ska behandla patienter med mildare form av subklinisk hypotyreoos (6,12) vilket skulle kunna spela in i den enskildes bedömning.

## **Styrkor och svagheter**

En styrka med studien är att inte bara de patienter som erhållit diagnoskod E038 respektive E039 inkluderades utan att även de patienter som hade ett förhöjt TSH men inte fått diagnos inkluderades. På så vis säkrades urvalet då risken minimerades att förlora de patienter som hade subklinisk hypotyreoos men inte fått någon diagnos registrerad.

En annan styrka är att de flesta variablerna var exakta, såsom laboratorievärden, ålder och kön, dvs. liten felkälla, medan variabeln dokumenterade symtom är mer diffus. Bara för att symtom inte var dokumenterade betyder det inte att det helt säkert inte fanns några symtom, det kan också bero på att de helt enkelt inte dokumenterats. Detta skulle kunna leda till att just den variabeln presenteras falskt för låg vilket kan ses som en svaghet med studien. Dessutom har studieledaren behövt tolka journaltexten för att ta fram denna variabel, vilket skulle kunna betraktas som en ökad risk för felkälla.

## **Implikationer**

Studiens resultat kommer att presenteras för läkargruppen på Kvartersakuten Surbrunn, och samtidigt kommer rådande behandlingsrekommendationer gås igenom. Förhoppningen är att det kommer leda till en givande diskussion och förenkla kring hur man på ett mer strukturerat sätt kan handlägga patienter med subklinisk hypotyreoos för att uppnå en bättre följsamhet.

## **Framtida studier**

Variablerna för beslutsunderlag som studerades närmare vid subklinisk hypotyreos studerades separat. Det hade varit intressant att också se hur dessa samvarierade, alternativt registrera i vilken följd man tog hänsyn till respektive variabel under beslutsprocessen. Dessutom vore det intressant att se hur uppföljningen såg ut hos de patienter som man valde att sätta in behandling på, samt hos de där man beslutade sig för att omkontrollera proverna efter ett år. Det hade gett ett mer exakt mått på huruvida behandlingsrekommendationerna vid subklinisk hypotyreos följdes på ett korrekt sätt.

## **Slutsats**

Studien visar att en övervägande majoritet av patienterna med subklinisk hypotyreos fick behandling med Levaxin och att behandlingsrekommendationerna följs i lägre utsträckning än vid hypotyreos. Det finns därför skäl att inom läkargruppen gå igenom riktlinjer och beslutsstöd avseende behandling vid subklinisk hypotyreos.

## Referenser

1. Hallengren, B. Läkemedelsboken. Tyroideasjukdomar. (2016). Hämtad 170403 från <https://lakemedelsboken.se/kapitel/endokrinologi/tyroideasjukdomar.html>
2. Hallengren, B., Karlsson, A. Hypotyreoos. (2007), s. 115-120
3. Biondi, B. Cooper D S. Subclinical thyroid disease. The Lancet, (2012) 379:1142-54
4. Villar, HCCE et. al. (2007). Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism (Review). The Cochrane Library. Issue 3
5. Khandelwal, D. Tandon, N. Overt and subclinical Hypothyroidism. Who to Treat and How. Department of Endocrinology and Metabolism. All India Institute of Medical Sciences. New Dehli, India. Drugs 2012;72 (1): 17-33
6. Todd, C H. Management of thyroid disorders in primary care: Challenges and controversies. Postgradual medical journal. Vol: 85. Issue 1010 (2009)
7. Wändell, P. et. al. Total mortality among levothyroxine-treated women with atrial fibrillation in Swedish primary health care. 2011
8. Palmer, M et. al. Hypotyreoos. VISS. (1999). Uppdaterad 2016. Hämtad 170403 från <http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Endokrina-organ/Hypotyreoos/>
9. Olivius, C., Nyström, E. Hypotyreoos. Internetmedicin (2017). Hämtad 170403 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=702>
10. Gaitonde, D. et. al. Hypothyroidism: An Update. American Family Physician. (2012) Vol 86, no 3 (244-251)
11. Surks, M et. al. Subclinical Thyroid Disease – Scientific Review and Guidelines for Diagnosis and management. JAMA. (2004) January 12, vol 291, no 2 (228-238)
12. Nyström, E. Behandla eller inte vid subklinisk hypotyreoos. Klinisk bedömning får avgöra! Läkartidningen Nr 12-13, (2008) vol. 105 (883-884)
13. Franklyn, J A., Boelaert, K. Subclinical thyroid disease: where is the evidence? The Lancet (2013) vol 1 (172-173)
14. Cederholm, M. Hypotyreoos och subklinisk hypotyreoos. Förekomst, diagnostik och behandling hos nydiagnostiserade patienter på Kvartersakuten Matteus år 2010-2011. VESTA-arbete. (2013)
15. Edgart, K. Hypotyreoos och subklinisk hypotyreoos på Salems vårdcentral. Förekomst, diagnostik och behandling, VESTA-arbete. (2015)

## Bilaga 1

# Till dig som är patient på Kvartersakuten Surbrunn

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska kvalitén på vårdcentralen systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras, så att du som patient får rätt och säker vård.

Läkare som gör sin specialistutbildning här på vårdcentralen är enligt Socialstyrelsens bestämmelser skyldiga att göra ett vetenskapligt projektarbete. Detta kvalitetsarbete görs på uppdrag av verksamhetschefen. Det kan innebära att viss avkodad information inhämtas från patientjournaler. Inga namn eller data som kan härledas till enskilda individer kommer att redovisas i dessa kvalitetsarbeten.

Verksamhetschefen ansvarar för att projektarbetet görs enligt Patientdatalagen, PDL, det vill säga enligt riktlinjer för hantering av patient-/journaluppgifter.

Har du några frågor eller synpunkter, eller om du inte vill att din journal ska ingå i detta arbete, är du välkommen att kontakta verksamhetschefen, se nedan.

Stockholm *Datum*

*Sign av namngiven verksamhetschef*

*Maria Hjalmarsson*

[Maria.hjalmarsson@sll.se](mailto:Maria.hjalmarsson@sll.se), tel 08-12339600 (vxl)