

Överraskande etiologi bakom svår huvudvärk och feber



VELLAMO KUU-KARKKU, med kand, Åbo universitet

OTTO KNUTAR, med lic, specialist i inre medicin

JUHA VARIS, med dr, specialist i inre medicin

MARKKU PÄIVÄRINTA, med dr, specialist i neurologi

HANNU JÄRVELÄINEN,

med dr, docent, specialist i inre medicin, Åbo universitet

hanjar@utu.fi

Samtliga verksamma på inre medicinska kliniken, Åbo

universitetscentralsjukhus (ÅUCS)

Huvudvärk och feber är mycket vanliga symtom hos patienter som söker sig till läkare. Oftast är det fråga om en banal virusinfektion, men det finns också flera andra sjukdomar som orsakar liknande symtom. En ganska sällsynt sjukdom med dessa symtom är subakut tyreoidit, som också kallas granulomatös eller de Quervains tyreoidit [1-3]. Vi berättar här om en ung kvinna som hade huvudvärk och feber och undersöktes grundligt innan den korrekta diagnosen kunde ställas.

FALLBESKRIVNING

Patienten var en 32-årig småbarnsmamma som tidigare i flera års tid lidit av migränliknande symtom (utan aura). På senare tid hade patienten varit psykiskt stressad, eftersom ett av hennes barn hade varit långvarigt sjukt. Barnet låg inne på intensivvårdsavdelning och mamman hade tillbringat mycket tid hos barnet. På intensivvårdsavdelningen lade man märke till mammans svaga allmäntillstånd och barnläkaren föreslog att hon skulle söka sig till akutmottagningen. Där berättade patienten att hon inte hade kunnat äta eller dricka ordentligt på flera dagar, och hon kunde inte behålla maten länge. Hon hade haft huvudvärk i två till tre veckor; värken kändes först vid tinningarna och hade sedan flyttat sig till bakhuvudet. Ögonen var aningen ljuskänsliga. Dessutom besvarades hon av halsont, hosta och allmän muskelsmärta. Hon uppgav också att hela familjen varit förkyld den senaste tiden.

Vid klinisk undersökning konstaterades att patienten var utmattad, blek och hade snabb hjärtrytm. Hon hade ingen nackstelhet som kunde ha varit tecken på meningal irritation. Kroppstemperaturen var 38 °C. I laboratorieprov var S-CRP 96 mg/l och B-leukocyter $14,8 \times 10^9/l$. Torax- och sinusröntgenbilder var normala. Man misstänkte virusinfektion, men beslöt att ta in henne till en medicinsk vårdavdelning.

Neurolog kopplades in

Vid inskrivningen påbörjades antibiotikabehandling med ceftriaxon intravenöst. Serum-CRP steg följande dag till 147 mg/l. På avdelningen hade hon fortfarande huvudvärk, dock aningen lindrigare. Hennes fötter och korsrygg värkte, och hon upplevde yrsel och hade svårt att gå. Vid preciserad anamnes framkom det att patienten använt p-piller.

Man beslöt nu att konsultera neurologen, eftersom det fanns misstanke om sinustrombos. Vid neurologens kliniska undersökning konstaterades inget avvikande, förutom palpationsömheter vid musculus trapezius. I kontrastmedelsförstärkt datortomografi av skallen framkom inget avvikande. I likvorprov fanns inga tecken på infektion i centrala nervsystemet. Neurologen misstänkte att patientens huvudvärk var migrän som förvärrats



Foto: Mikko Stig/Scampix

av en infektion. Virusantigenprov från nashålan var negativa. Antibiotikabehandlingen fortsatte och så småningom normaliserades S-CRP-värdet. På avdelningen försökte man att lindra patientens huvudvärk med naproxen och sumatriptan utan resultat. Eftersom huvudvärken fortgick konstant, rekommenderades fortsatta undersökningar på neurologisk avdelning.

MRI gav normala fynd

Vid ny neurologisk undersökning lade man märke till att huvudvärken blev värre när patienten satte sig upp. Eftersom lumbalpunktion nyligen utförts, ansågs postpunktionell huvudvärk vara möjlig. Inte heller ortostatisk huvudvärk var uteslutet, och därför utfördes en kontrastmedelsförstärkt MRI-undersökning av skallen. Även denna gång gav den radiologiska avbildningen av hjärnan normala fynd. På neurologiska avdelningen märkte man att patienten var ansträngd, rastlös och hade sömnsvårigheter. Ett speciellt laboratorieprov tillsammans med klinisk bild ledde läkarna fram till den rätta diagnosen.

När man granskade patientens sköldkörtelprov som tagits tidigare, konstaterades att P-TSH var lågt, 0,017 mU/l (referensvärde 0,3–4,2 mU/l), medan fritt T4 var högt, 34,5 pmol/l (referensvärde 12–22 pmol/l). Patienten förflyttades till endokrinologisk avdelning. Vid palpation visade sig sköldkörteln vara öm. Fyndet passade in på subakut tyreoidit, och glukokortikoidbehandling med prednison 40 mg per dygn inleddes. Förmodligen hade en virusinfektion utlöst sköldkörtelinflammationen. Pati-

SAMMANFATTAT

Subakut tyreoidit är en relativt sällsynt sjukdom, som kan orsaka symtom som liknar en banal virusinfektion, och därför kan tyreoiditdiagnosen och behandlingen fördröjas. **Hypertyreosymtom** tillsammans med öm sköldkörtel vid

palpation och förhöjd sänka samt S-CRP leder vanligtvis till korrekt diagnos.

Glukortikoidbehandling med prednison 40 mg/dygn i början ger ofta en snabb respons hos en patient med subakut tyreoidit.

enten stannade några dagar för vård på den endokrinologiska avdelningen. Efter några dagar förbättrades patientens tillstånd betydligt. Hon berättade också att »klumpkänslan« i halsen hade försvunnit, och hon kunde skrivas ut till hemmet.

I samband med läkarkontakt en månad senare uppgav sig patienten må utmärkt. Tyreotropin samt fritt T4 var båda normala. Prednisonbehandlingen med minskande dos planerades fortgå i totalt åtta veckor. På grund av risk för hypotyreos rekommenderades uppföljning av tyreotropin samt fritt T4 med 1–3 månaders mellanrum det första året.

DISKUSSION

Subakut tyreoidit tros utlösas av en virusinfektion [4]. I sin typiska form orsakar sjukdomen värk som kan lokaliseras till sköldkörteln och ofta strålar ut mot käken [2]. Sänka samt S-CRP stegras. Subakut tyreoidit kan även orsaka ovannämnda sjukdomsbild med värk som strålar mot bakhuvudet. Detta leder ofta till att undersökningarna riktar sig mot centrala nervsystemet och att tyreoiditdiagnosen samt behandlingen fördröjs. I dessa fall är upptäckt av eventuella hypertyreosymtom eller avvikande sköldkörtellaboratorieprov värdefulla.

Glukokortikoidbehandling ger ofta en snabb respons [4], och om inte patienten mår bättre och inflammationsparametrarna börjar sjunka efter några dagar, är det skäl att ifrågasätta diagnosen och söka efter andra orsaker. Akut purulent bakterie- eller svampinfektion i sköldkörteln kan i sällsynta fall orsaka en liknande sjukdomsbild [5]. Här kan smärtan dock oftast lokaliseras till en palpabel abscess. Ultraljudsundersökning ger vanligtvis värdefull information i dessa fall.

Liknande sjukdomsbild

I sällsynta fall kan även diffust infiltrativt växande sköldkörtelcancer ge en liknande sjukdomsbild. I oklara fall kan en finnålsbiopsi tas och fynd av jätteceller i cytologisk undersökning stödjer diagnosen av subakut tyreoidit. Man kan även utföra skintigrafundersökning av sköldkörteln i tvivelaktiga fall. Vid subakut tyreoidit är radiojodupptaget vanligtvis lågt, som tecken på att hypertyreosen i motsats till exempelvis Basedows sjukdom beror på vävnadsdestruktion. Vid purulent tyreoidit är radiojodupptaget i den omkringliggande sköldkörtelvävnaden vanligtvis normalt. Man bör dock ha i åtanke att tidigare utförda kontrastmedelsförstärkta röntgenundersökningar, som hos vår patient, kan hämma radiojodupptaget i flera månader.

Ungefär två månader efter det att glukokortikoidbehandling inleds, utvecklas en övergående hypotyreos, som dock sällan kräver specifik behandling [2], hos en del av patienterna. En liten del av patienterna kan utveckla bestående hypotyreos [4].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- de Bruin TW, Riekhoff FP, de Boer JJ. An outbreak of thyrotoxicosis due to atypical subacute thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab.* 1990;70:396–402.
- Cooper DS. Hyperthyroidism. *Lancet.* 2003;362:459–68.
- Karachalios GN, Amantos K, Kanakis KV, Deliouis A, Karachaliou IG, Zacharof AK. Subacute thyroiditis presenting as fever of unknown origin. *Int J Clin Pract.* Epub 2007 Oct 23.
- Volpe R. The management of subacute (De Quervain's) thyroiditis. *Thyroid.* 1993;(3):253–5.
- Davies TF, Reed Larsen P. Thyrotoxicosis. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Reed Larsen P (editors). *Williams Textbook of endocrinology.* 11 ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007 p. 366–7.

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORT PAYÉ

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST

110 555 202

110 26 STOCKHOLM

Prenumerera!

Skaffa dig ett eget exemplar av Läkartidningen. Fyll i denna talong eller gå in på lakartidningen.se

Ja, jag vill prenumerera på Läkartidningen under 12 månader

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> LÄKARE, ej medlem i SLF | 975 kr |
| <input type="checkbox"/> MEDICINE STUD, medlem i MSF | 250 kr |
| <input type="checkbox"/> MEDICINE STUD, ej medlem i MSF | 600 kr |
| <input type="checkbox"/> ÖVRIGA | 1 450 kr |

Porto till utlandet tillkommer med max 700 kr/år.

Ja, tack! Jag vill även ha Läkartidningens nyhetsbrev till min e-postadress helt kostnadsfritt

Namn

Adress

Postadress

E-postadress

Pren/Personnummer

All kundinformation, såsom namn- och adressuppgifter mm, behandlas med hjälp av modern informationsteknik och lagras i Läkartidningen Förlag ABS interna prenumerations- och kundregister. Prenumerationsregistret är integrerat i Sveriges läkarförbunds medlemsregister.

✂ Klipp ut och posta!

Utmanande
saklig

Läkartidningen