LÄS MER *Artikel sidan 2607*

Tyreostatikabehandling kräver bra patient–sjukvårdskontakt

ERNST NYSTRÖM, professor emeritus, endokrinologiska sektionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
ernst.nystrom@medic.gu.se

Tyreostatika har varit i bruk sedan 1940-talet. I dag används internationellt tiamazol, propyltiouracil och karbimazol, varav de två första används mest och är tillgängliga i Sverige (Thacapzol och Tiotil). En aktuell översikt rörande tyreostatika har presenterats av Cooper [1].

Tyreostatikabehandling används framför allt vid Graves' sjukdom. Vid lätt–moderat sjukdomsaktivitet används oftast en behandlingstid på 12–18 månader. Har sjukdomen gått i remission efter denna tid förblir patienten eutyroid och utan behov av medicinering. Vid mer uttalad sjukdom föreligger en avsevärd risk för recidiv.

Vid kirurgi eller radiojodbehandling är behandlingsmålet i dag oftast att avlägsna/eliminera så mycket tyreoideavävnad att risk för recidiv inte föreligger, vilket medför att patienten behöver tyroxinsubstitution resten av livet. Vid operation förbehandlas patienten i allmänhet med tyreostatika. Vid radiojodbehandling av patienter med uttalad hypertyreos förbehandlas patienten ofta med tyreostatika. Behandlingen måste avbrytas ungefär en vecka före det att radiojod ges, och dosberäkning måste göras.

Det bör påpekas att patienter med toxisk nodös struma och toxiskt adenom får normal tyreoideahormonnivå vid tyreostatikabehandling – men recidiverar när behandlingen avbryts.

Det finns således tre olika sätt att behandla Graves' sjukdom; alla har både fördelar och nackdelar. En nackdel med tyreostatikabehandling är således den relativt stora risken för recidiv.

I en artikel i detta nummer av Läkartidningen belyses en annan nackdel med behandling med tyreostatika – risken för allvarliga biverkningar. Två fall beskrivs, där patienten insjuknat med feber och halsont och där man noterat en sänkning av granulocytkoncentrationen. I båda fallen hade patienten omsorgsfullt informerats skriftligen innan behandlingen inleddes, vilket bidrog till att händelseförloppet inte blev alltför dramatiskt och utgången positiv.

De senaste åren har risken för allvarlig leverpåverkan vid behandling med propyltiouracil uppmärksammats alltmer. Framför allt gäller detta propyltiouracilbehandling av barn. Under åren 1969–2008 rapporterades i USA 10 pediatriska fall av allvarlig leverpåverkan, varav ett barn avled och sex genomgick levertransplantation; den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA gick nyligen ut med en varning [2].

»... den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA gick nyligen ut med en varning ...«

Det finns således risk för allvarliga biverkningar vid behandling med tyreostatika. Vad gäller risken för agranulocytos måste patienten informeras såväl muntligt som skriftligt i samband med att behandlingen inleds. Mottagningspersonalen måste vara väl insatt i behandling med tyreostatika och lätt tillgänglig för patienten, som alltid i början har mängder med frågor (den skriftliga informationen om risken för påverkan av de vita blodkropparna kan t ex verka skrämmande för många).

Det är förstås också viktigt att alla läkare och sköterskor i akut medicinsk sjukvård känner till riskerna med behandling med tyreostatika så att patienten utan krångel kan få kontrollera den vita blodkroppsbilden på närmaste sjukvårdsinrättning vid misstanke om påverkan.

De patienter som vid en sådan kontroll på grund av t ex halsont befunnits ha sjunkande koncentration av granulocyter (under 1–1,5×10^9/l) måste följas upp med täta kontroller. Vid dessa kontroller får patienten inte lämna mottagningen förrän provsvaret bedömts. En patient med granulocytvärden som ovan kan inom några dagar utveckla en livshotande agranulocytos.

Det är dock inte motiverat att regelbundet kontrollera blodbilden när behandling inletts. Vid tyreostatikabehandling spelar den ansvariga mottagningssköterskan en viktig roll som länk mellan patient och läkare.

Vad gäller risken för allvarlig leverpåverkan står det i dag klart att propyltiouracil inte bör användas som förstahandspreparat vid behandling av barn [3]. Eftersom leverstatus ganska ofta är påverkat under den akuta fasen av tyreotoxikos, bör detta alltid analyseras innan behandling med tyreostatika inleds för att kunna bedöma om en senare iakttagen förändring i leverstatus är relaterad till sjukdom eller till behandling med tyreostatika.

Lätt leverpåverkan är inte helt ovanlig vid behandling med tyreostatika och bör i första hand leda till preparatbyte. Den aktuella informationen antyder att leverstatus bör kontrolleras regelbundet (förslagsvis var 4:e–6:e vecka) det första halvåret vid behandling med tyreostatika, vilket sannolikt inte är rutin vid många mottagningar i dag.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Cooper DS. Antithyroid drugs. N Engl J Med. 2005;352:905-17.
2. FDA news release: FDA warns about serious injury associated with anti-thyroid drug. http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm164207.htm
3. Rivkees SA, Mattison RD. Ending propylthiouracil-induced liver failure in children. N Engl J Med. 2009;360:1574-5.

SAMMANFATTAT

Vid behandling med tyreostatika föreligger en viss risk för mycket allvarliga biverkningar.
Patienten måste såväl muntligen som skriftligen informeras om symtom som kan tala för uppseglande agranulocytos.
Nyligen har uppmärksammats att en relativt hög risk för allvarlig leverpåverkan finns vid behandling med propyltiouracil, framför allt hos barn.
Med tanke på risken för allvarliga reaktioner vid behandling med tyreostatika är en god patient–sjukvårdskontakt vid denna terapi av yttersta vikt.