

Kommentarer til "Vejledning om Hypo-og Hyperthyreose, DSAM", marts 2025

v. KAP-H medicinkonsulenter og praktiserende læger Janne Unkerskov og Kristine Boss Skårhøj.

Det er en virkelig god, overskuelig, let tilgængelig og konkret vejledning -tak for det!
Særligt godt med udvidelsen af afsnittet om gravide.

Vi har følgende input:

- p. 8 : Det er en god pointe for en almen mediciner at have afsnit med om hvornår der *ikke* skal opspores!
- p.11: Boks med normalområde for T3/T4 for gravide: Der står man skal gange med 1,5 i forhold til reference for ikke-gravide. Måske vil det, for overskuelighedens skyld, være godt at vise referencerne for ikke-gravide? (eller evt henvise til dem på et bilag? Så vidt vi kan se, er de ikke vist andre steder i vejledningen?)
- p.14: Afsnit om igangsættelse af behandling ved samtidig hjertesygdom:
"Behandling af evt. kardial sygdom skal iværksættes, før stofskiftebehandling påbegyndes, hvorfor forekomst af evt kardiel lidelse altid skal vurderes ved svær hypothyreose, samtidige kardiale symptomer eller alder > 50 år før behandlingen iværksættes. Abnorme lipidtal vil ofte normaliseres, når behandling opstartes, og behandlingsmålet er opnået. Patienter med TSH ≥ 10 mIU/l har en betydelig risiko for at udvikle hjerte-insufficiens og dø af hjerte-kar-sygdom og skal sættes i behandling med L-thyroxin (4)."
Kommentar: Vi kan blive i tvivl om hvad der menes med kardiel sygdom? Ovenfor nævnes lipider, BT og rygning, så man henledes til at tro, at det skal behandles først?
Vi mangler lidt en definition af hjerterask/hjertesyg i alle afsnit.
Vi kan med den sidste sætning blive i tvivl om det skal forstås som begrundelse for at behandling skal opstartes (dvs ikke ses an), eller om der menes at stofskiftebehandling skal opstartes umiddelbart, dvs før hjertebehandling. Hvis det er tænkt som argument for behandling, vil den måske forstås tydeligere hvis de to afsnit byttes om? Så man ikke bliver i tvivl om hvorvidt man skal prioritere stofskiftebehandling eller hjertebehandling først?
- p.15: Vi foreslår at man nævner at Tirosint er på enkelttilskud pga pris?
Kunne man have en linie med om holdning til T3-monoterapi? Så man som kliniker har et argument at støtte sig til ved dialog med patient?
Der kan søges enkelttilskud til Liothyronin.
I region Hovedstaden og i IRF's månedsblad kunne egen læge opstarte T3 behandling. Vi synes ikke denne vejledning fra specialeselskab skal sige at AP ikke må?
- p.17: Vedr måling af TSH:
"Størst terapeutisk betydning har behandlingsmål, som er baseret på TSH. Det anbefales, at blodprøven til bestemmelse af TSH og T4 tages, før patienten indtager dagens L-thyroxin-dosis, idet frit thyroxin er øget med 15-20 % i de første 8-9 timer efter indtag af thyroxin. Alternativt kan det være

hensigtsmæssigt altid at tage blodprøven på nogenlunde samme tidspunkt hver dag.”

Kommentar: Kan man evt nævne holdning til om man skal være fastende generelt ved TSH-måling, eller om det er nok at være pragmatisk og holde sig til samme tid på dagen? Og evt nævne Biotins indflydelse på målingen (skal pauseres 48 t inden).

- I boks på s. 17 og 20 under behandlingsmål står, at symptomer forsvinder efter 4-6 mdr., når TSH er i niveau. Det gør de bestemt ikke for alle.
- p. 25 ved betablokker - skal det være propranolol? Metoprolol har også indikation og et lægemiddel vi generelt bruger mest og er ofte billigere og i mindre pakning end 250 stk. hvilket er godt for miljøet, da mange jo ikke bruger så mange førend de ses af endokrinolog.

Med venlig hilsen

Janne Unkerskov og Kristine Boss Skårhøj

Praktiserende læger

Medicinteam KAP-H