

Gäller för: Endokrinologimottagning NÄL

Innehållsansvar: Eva Ekerstad, (evaek9), Överläkare

Godkänd av: Monica Olsson, (monol25), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-22

Giltig till: 2027-04-22

Primär hyperparathyreoidism – utredning och uppföljning

Förändringar sedan föregående version

Inga justeringar i denna version.

Bakgrund och syfte

Vägledande dokument för utredning och uppföljning av primär hyperparathyreoidism.

Åtgärder

Utredning

Vid förhöjt fritt jon Ca bör PTH, Fritt T4 och TSH tas. Om PTH är normalt eller förhöjt bör tu-Ca (en dygnsmängd urin) tas. Om detta är normalt eller förhöjt så är diagnosen primär hyperparathyreoidism klar. Vid lågt tu-Ca bör kontakt tas med endokrinolog. Patienten har då sannolikt FHH (familjär hypokalciurisk hyperkalcemi) som inte skall behandlas.

Sätt ut ev kalkpreparat, D-vitaminpreparat samt Tiaziddiuretika och ta om fritt jon Ca efter cirka 1 månad.

Operationsindikation

Vid konstaterad primär hyperparathyreoidism så bör patienten remitteras direkt till endokrinkirurg vid följande:

- Patient < 50 år: Alla med konstaterad primär hyperparathyreoidism.
- Patient 50 – 70 år: Om fritt jon Ca vid upprepade tillfällen är 1,38 eller högre.
- Patient > 70 år: Om fritt jon Ca vid upprepade tillfällen är 1,40 eller högre.
- Vid verifierade njurstensanfall, nefrokalcinosis eller kreastegring även vid lägre Ca-värden.
- Remiss kan också övervägas vid lägre Ca-värden om patienten har en verifierad osteoporos, kotkompressioner eller tu-Ca > 10 mmol/dygn (hög njurstensrisk).

Uppföljning

Om patienten inte uppfyller kriterierna för remiss till endokrinkirurg bör de följas med provtagning av fritt jon Ca, krea, (ej PTH) var 6:e – 12:e månad livslångt eller till dess att det kan bli aktuellt med remiss till endokrinkirurg (enligt ovan). De bör uppmanas dricka relativt rikligt.

Alla patienter med verifierad primär hyperparathyreoidism bör remitteras för bentäthetsmätning inkl radiusmätning (undantag om man bedömer att patientens tillstånd är sådant att man inte bedömer att det är meningsfullt). Patienter med asymptomatisk PHPT som behandlas konservativt bör följas med bentäthetsmätning vartannat år.

Patienter som återremitteras efter operation av PHPT bör göra bentäthetsmätning 1 år efter op och därefter vartannat år i totalt 5 år efter op.

25-OH-vitamin D bör också tas på alla patienter med primär hyperpara. Om värdet är under 25 nmol/L bör patienten få behandling med enbart D-vitaminpreparat (t ex Divisun) med målet 25-OH-vitam D ca 50.

Vid akut sjukdom, med risk för dehydrering, bör extra provtagning av fritt jon Ca och krea tas.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Endokrinologimottagning NÄL

Innehållsansvar: Eva Ekerstad, (evaek9), Överläkare

Godkänd av: Monica Olsson, (monol25), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10039-1260372692-30

Version: 17.0

Giltig från: 2025-04-22

Giltig till: 2027-04-22