Gäller för: Västra Götalandsregionen
Giltig från: 2022-09-01
Innehållsansvar: Andreas Muth, (andmu), Universitetssjukhusö
Giltig till: 2024-09-01
Granskad av: Andreas Muth, (andmu), Universitetssjukhusö
Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Utredning och behandling av primär hyperparathyreoidism

Utarbetad av tidigare Sektorsrådet kirurgi uppdaterad av Regionalt Programområde Endokrina sjukdomar (HS 2022-00844).

Bakgrund

ICD-10: E21.0, D35.9. Bisköldkörtelöverfunktion utan kända bakomliggande faktorer (sporadisk primär hyperparatyreoidism, PHPT).

PHPT är ett sjukdomstillstånd som kännetecknas av patologisk parathormonproduktion med påföljande hyperkalcemi. Med förbättrade biokemiska rutinmetoder upptäcks tillståndet oftare men trots detta föreligger underdiagnostik och underbehandling.

Symtomatologin vid PHPT är ofta svårvärderad och innefattar psykiska, neuromuskulära, kardiovaskulära och metabola symtom tillsammans med osteoporos, påverkad njurfunktion och njursten. Hos den enskilde patienten kan det därför vara svårt att fastställa att det verkligen rör sig om sym§tomfri PHPT.

Behandlingen av PHPT är kirurgisk och innebär avlägsnande av patologiskt omvandlad paratyreoideakörtel vilket ger bot hos >95 % av patienterna. Operationstiden är vanligen kort och ingreppet kan utföras i dagkirurgi om inte andra skäl till inneliggande vård föreligger. Operation för PHPT är kostnadseffektiv då icke-operativt omhändertagande kräver noggranna kontroller under lång tid och i vissa fall kompletterande medicinsk terapi för att undvika ökad sjuklighet och komplikationer.

Förändringar sedan föregående version

Rubriksättning har ändrats för ökad tydlighet. Tidigare rubrik: ”Operationsindikationer för bisköldkörtelöverfunktion utan säkerställda symtom”.

Utredningsavsnittet har förtydligats. tU-calcium kontrolleras och bentäthetsmätning görs i primärutredningen.

Calciumgränser för kirurgi har justerats och operationsindikationen har förtydligats.

Utredning i primärvård

Primär utredning av patienter med misstänkt PHPT skall utföras inom primärvården. Med dagens laboratoriemetoder är utredningen vanligen okomplicerad. I första hand analyseras samtidigt taget parathormon och joniserat kalcium. Vid förhöjt jon-Ca och icke-supprimerat PTH skall utredningen kompletteras med en dygnsmängd urinkalcium (tU-Ca) Påvisandet av hyperkalcemi tillsammans med en icke-supprimerad parathormonnivå och normalt eller förhöjt tU-Ca bekräftar diagnosen. Vid lågt tU-Ca kan ev. familjär hypokalciurisk hyperkalcemi (FHH) föreligga. Detta utreds av endokrinolog. Vid signifikant njurinsufficiens ska tertiär HPT misstänkas. Förhöjd parathormonnivå utan hyperkalcemi (sekundär HPT) ses vid en rad tillstånd, bland annat D-vitaminbrist, malabsorption och nedsatt njurfunktion. Utredningen bör göras ca 1 mån efter utsättning av ev. kalkpreparat, D-vitaminpreparat samt tiaziddiuretika.

Remiss till specialistvård

Vid tU-calcium under nedre referensintervallsgränsen kan remiss ställas till endokrinolog med frågeställning familjär hypokalciurisk hyperkalcemi (FHH). För övriga patienter föreligger indikation för remiss till endokrinkirurgisk enhet på Sahlgrenska eller NÄL vid:

Konstaterad PHPT, behandlingsmotiverad patient och:

Ålder <50 år: alla med konstaterad primär hyperparathyreoidism.

Ålder 50–70 år: om jon-Ca vid upprepade tillfällen är 1,38 eller högre.

Ålder >70 år: om jon-Ca vid upprepade tillfällen är 1,40 eller högre.

Vid verifierade njurstensanfall, nefrokalcinos eller kreatininstegring bör remiss skickas till endokrinkirurg redan vid lägre Ca-värden. Remiss kan också övervägas vid lägre Ca-värden om det föreligger verifierad osteoporos, kotkompressioner eller tU-Ca >10 mmol/dygn (hög njurstensrisk).

I remiss till specialistvården skall minst anges: Anamnes (stor vikt vid benpåverkan och njurpåverkan men även neurokognitiva symptom), jon-Ca och PTH x 2, tU-Ca, anamnes, fT4/TSH, kreatinin, ALP, 25-OH-vitamin D samt (om det är gjort) resultat av bentäthetsmätning.

Utredning inom specialistvård/operationsindikation

Operationsindikation fastställs på kirurgklinik med endokrinkirurgisk kompetens, där lokaliseringsdiagnostik utförs preoperativt.

Indikation för kirurgi

1. Patienter <50 år: Operation övervägs hos alla patienter med säkerställd diagnos.
2. Patienter 50–70 år: Operation övervägs vid joniserad/total kalciumnivå ≥1.38/2,64 mmol/L
3. Patienter >70 år: Operation övervägs vid joniserad/total kalciumnivå ≥1.40/2,67 mmol/L

Tecken på njurfunktionspåverkan (njursten, stegrat kreatinin, nefrokalcinos) eller skelettpåverkan (osteopeni/osteoporos, manifest osteroporos) i kombination med PHPT utgör en stark indikation för kirurgi. Förekomst av neuropsykiatriska symtom (som trötthet, koncentrationssvårigheter, minnessvårigheter, nedstämdhet, muskelvärk) stöder indikationen. Hänsyn skall till ålder, förväntad återstående livslängd och grad av hyperkalcemi samt den enskilde patientens förutsättningar och önskemål.

Uppföljning för icke-opererade

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

Patienter som ej är aktuella för operation bör följas med bentäthetsmätning vartannat år. Patienter som återremitteras till primärvården efter operation bör göra bentäthetsmätning 1 år efter operationen och därefter vartannat år i totalt 5 år efter operationen.

25-OH-vitamin D bör tas på alla patienter med primär hyperparathyreoidism. Om värdet är under 25 nmol/L bör patienten få behandling med enbart D-vitaminpreparat med målet 25-OH-vitamin D >50.

Vid akut sjukdom, med risk för dehydrering, bör extra provtagning av jon-Ca och kreatinin utföras.

Vid grav hyperkalcemi (jon-Ca >1,5, s-Ca > 3,0) hos en patient som inte är operabel kan man överväga behandling med cinacalcet. Remiss får då utfärdas till endokrinolog för ställningstagande till detta.

Uppföljning efter operation

Uppföljande kontroll av behandlingsresultatet med patientinformation om histopatologiska fynd görs via opererande enhet i det postoperativa skedet. Etablerade kvalitetsregister efterfrågar värden efter 6 månader, vilket kan tas vid kirurgkliniken eller hos inremitterande. Långtidsuppföljning är inte befogad när PAD visar paratyreoideaadenom, men kan vara aktuellt vid paratyreoidea-hyperplasi. Detta tillstånd är något ovanligare och medför att samtliga paratyreoideakörtlar är sjuka. För att undvika hypoparatyreoidism kvarlämnas vanligen en liten del paratyreoideavävnad, vilket innebär att patienten har en risk att få recidiverande hypercalcemi på lång sikt.

Uppföljning av denna riktlinje

Samtliga sjukhus i regionen som bedriver denna typ av kirurgi redovisar data i kvalitetsregistret Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Andreas Muth, (andmu), Universitetssjukhusö

Granskad av: Andreas Muth, (andmu), Universitetssjukhusö

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Dokument-ID: HS9766-305841775-354

Version: 2.0

Giltig från: 2022-09-01

Giltig till: 2024-09-01