

Primär hyperparatyroidism (PHPT)

Vårdnivå och remiss

Om utredning inom primärvård entydigt talar för PHPT kan remiss skrivas direkt till endokrin kirurg för värdering och ställningstagande till operation. Vid tveksamhet om diagnosen PHPT remitteras patienten till endokrinologspecialist vid respektive medicinklinik.

Diagnostik och utredning

Diagnosen fastställs genom att påvisa samtidigt förhöjda värden av såväl calcium som PTH i blodprov. Provet bör upprepas för att säkerställa diagnosen.

1. Calciumbestämning

Hyperkalcemi fastställs säkrast med S-Calciumjon.

S-Calcium eller albuminkorrigerat S-Calcium har relativt dålig korrelation till S-Calciumjon och rekommenderas inte.

2. Parathormon

P-PTH i övre kvartilen av referensområdet eller högre vid samtidig hyperkalcemi talar starkt för PHPT under förutsättning att njurfunktionen är normal. Vid högt PTH utan hyperkalcemi bör sekundär HPT misstänkas; ses vid nedsatt njurfunktion, malabsorption, kalcium/D-vitaminbrist.

Observera att en normal funktion i bisköldkörtlarna medför låga PTH-nivåer vid hyperkalcemi. I princip kan man ha primär hyperparathyroidism med både calcium och PTH inom referensintervallet, under förutsättning att båda värdena ligger nära övre referensvärdesgränsen.

Vid tveksamhet angående diagnosen kontrolleras dU-Calcium. Resultatet är normalt eller högt vid PHPT samt lågt vid FHH (Familiär Hypokalcurisk Hyperkalcemi).

Behandling

Traditionella indikationer för parathyroideakirurgi är:

- Symtom förenliga med PHPT
- Njurstenssjukdom
- Osteoporos
- Ålder < 50 år
- S-Calcium > 2,75 mmol/L
- Nedsatt njurfunktion; GFR < 60 ml/min
- Om uppföljning förväntas bli svår att genomföra

I praktiken erbjuds/värderas alla patienter med fastställd PHPT kirurgisk behandling om EJ kontraindikationer (inklusive hög biologisk ålder).

Bentäthetsmätning ska frikostigt beställas för att värdera operationsindikation.

Om S- Kalciumjon < 1.50 mmol/L eller S-Kalcium < 3.00 mmol/L – elektiv kirurgisk värdering. Vid mer uttalad hyperkalcemi tas skyndsam kontakt i första hand direkt med endokrinkirurg om diagnosen PHPT är klar. Om diagnosen är oklar tas skyndsam kontakt med medicinklinik.

Konservativ behandling – se rubrik Uppföljning.

Uppföljning

Post-OP:

Calciumjon kontrolleras efter 1 och 12 månader. Ansvaret för uppföljning efter en månad åligger opererande kirurg, därefter remitteras patienten till primärvården.

Vid val av konservativ terapi:

Adekvat vätskeintag och kost med normalt kalciuminnehåll (ej kalciumfattig).

Bisfosfonaterna alendronat och risendronat kan användas (motverkar osteoporos).

Undvik tiaziddiuretika (höjer S-Calcium) samt Calcium-tillskott.

S-Kalciumjon och njurfunktion värderas 1 gång/år.

Enligt internationell expertrekommendation bör D-vitaminnivå värderas om patienten inte ska opereras. Samtidig D-vitaminbrist kan ytterligare förvärra eller öka risken för osteoporos. Man rekommenderar D-vitaminsubstitution (t.ex. droppar D-vitamin eller Detrimin) om 25-OH-vitamin D3 är mindre än 50 nmol/L. Observera att calciumtillskott ska undvikas. Efter behandlingsstart rekommenderas omkontroll av s-Calciumjon efter två månader.

Bentäthetsmätning vartannat år. Vid stigande kalcium, njursten, försämrad njurfunktion, minskad bentäthet görs ny bedömning avseende kirurgisk intervention. I sällsynta fall kan, hos inoperabla patienter, behandling med calcimimetika (Cinacalcet, Mimpara®) övervägas för symtomlindring. Dessa patienter bör värderas vid endokrinmottagning.

Mer information

Se Hyperkalcemi, Internetmedicin under relaterad information.