

Tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa vaihtoehtoja punniten

Aikuisten hypertyreoosin hoidon vaikea valinta

Hypertyreoosia sairastaa noin 1 % väestöstä. Sen tavallisin syy on nykyään Basedowin tauti, jota todetaan kaikenikäisillä. Taudin vaikeusaste ja potilaiden kilpirauhasen koko vaihtelevat paljon. Selvästi suurentuneeseen ja usein rintalastan alle kasvavaan kyhmystruumaan liittyvä hypertyreoosi on käynyt entistä harvinaisemmaksi ja sitä sairastavat ovat yleensä yli 50-vuotiaita. Toksinen adenooma on edellisiä paljon harvinaisempi sairaus. Siinä hypertyreoosi on usein varsin lievä ja ilmenee hitaasti.

Hypertyreoosin oireet lievittyvät beetasalpaajien avulla, mutta hormonituotannon vähentämiseksi aloitetaan taudin varmistuttua tyreostaattihoito (Brent 2008, Välimäki ja Schalin-Jäntti 2009). Kun kilpirauhasen toiminta on tyreostaattihoidolla normaalistunut, vaihtoehtoina ovat lääkehoidon jatkaminen 12–18 kuukautta, kilpirauhasleikkaus tai radioaktiivinen jodi. Kullakin on etunsa, eikä mikään niistä varmasti johda kilpirauhasen pysyvästi normaaliin toimintaan ilman vaaraa taudin uusiutumisesta tai hoidon aiheuttamasta kilpirauhasen vajaatoiminnasta. Hoito valitaan sen mukaan, onko kyse hypertyreoosin ensiepisodista vai uusiutumisesta, ja asiaan vaikuttavat monet itse tautiin liittyvät tekijät. Hoitavan lääkärin tottumukset ja potilaan suhtautuminen hoitovaihtoehtoihin vaikuttavat myös keskeisesti päätökseen.

Tyreostaattihoito ei ole kajoavaa ja sen toteuttaminen on yksinkertaista, mutta vuoden hoidolla keskimäärin vain joka toinen potilasta paranee pysyvästi (Cooper 2003). Lääkitys vaatii toisaalta melko tiuhaa seurantaa ja lääke voi aiheuttaa haittavaikutuksia. Tyreostaatin ja tyrokisiin yhdistelmä ei paranna tulosta pelkän tyreostaatin käyttöön verrattuna, ja yhdistelmähoidosta voidaan mielestäni luopua

silmäoireisia lukuun ottamatta (Cooper 2003, Brent 2008).

Kilpirauhasen täydellinen poisto parantaa pysyvästi hypertyreoosin mutta aiheuttaa yhtä varmasti hypotyreoosin ja voi lisäksi pienellä osalla leikatuista aiheuttaa äänihuulten ja lisäkilpirauhasten toimintahäiriön (Välimäki ja Schalin-Jäntti 2009).

Radioaktiivinen jodi on halpa ja yksinkertainen vaihtoehto, mutta säteilysuojauksaan-
nokset hankaloittavat sen käyttöä pieniä lapsia hoitavilla (Välimäki 2004). Sitä ei voida antaa raskaana oleville eikä imetyksen aikana. Raskauden alkua tulee myös lykätä vähintään neljän kuukauden päähän hoidosta. Valtaosalle radiojodia saaneista kehittyä ajan myötä pysyvä hypotyreoosi (de Rooij ym. 2009).

Tupakoivalle Basedowin tautia sairastavalle radiojodihoito voi provosoida taudin silmäoireet ja pahentaa niitä, mutta radiojodin haitallisesta vaikutuksesta tupakoimattoman potilaan silmäoireiden kulkuun ei ole varmaa tietoa (Bartalena ym. 2008, Träsk ym. 2009, Schalin-Jäntti, tässä numerossa). Radioaktiivisuus saattaa herättää potilaassa syövän pelkoa. Suomalaisen tutkimuksen mukaan keskimäärin 62 vuoden iässä radiojodihoidon saaneille ilmaantui kymmenen vuoden seurannassa muuhun väestöön verrattuna yksi ylimääräinen syöpätapaus 418:aa hoidettua potilasta kohti, mutta kaikissa tutkimuksissa syöpärisikin kasvua ei ole todettu (Hoffman ym. 1982, Franklyn ym. 1999, Metso ym. 2009). Radiojodin käyttö on edellä mainituista syistä vähenemässä.

Basedowin taudissa käytetään ensisijaisesti tyreostaattihoitoa. TSH-reseptorivasta-aineiden määrän vähentyminen lääkityksen aikana ennustaa suotuisaa tulosta (Brent 2008). Leikkausta harkitaan, jos kilpirauhanen on hy-

vin kookas eikä hoidon aikana pienene tai jos vielä kuuden kuukauden kuluttua lääkityksen aloittamisesta tai toisen raskauskolmanneksen aikana tarvitaan karbimatsolia yli 15 mg/vrk. Vaikeiden silmäoireiden rauhoittamiseksi harkitaan kilpirauhasen täydellistä poistoa hypertyreosin hoitona (Moleti ym. 2003). Radiojodi soveltuu ensihoidoksi iäkkäälle potilaalle, joka ei tupakoi ja jolla ei ole silmäoireita. Hypertyreosin uusiutuessa lääkehoito voidaan toistaa, etenkin jos edellisestä sairausjaksosta on jo kulunut aikaa. Uusiutuneessa taudissa on myös mahdollista käyttää tyreostaattia pysyvästi, jos tauti pysyy hallinnassa pienellä lääkemäärällä, potilas vierastaa ajatusta kajoavasta hoidosta tai elinvuosia on vain vähän jäljellä.

Toksisessa kyhmystruomassa tyreostaattilääkitystä käytetään ensihoitona nuorella potilaalla, mikäli kilpirauhanen ei kokonsa puolesta aiheuta oireita tai potilas ensivaiheessa vierastaa kajoavaa hoitoa. Jos kyhmystruuma on suuri tai jokin kyhmyistä herättää syöpäpäilyyn, leikkaus on nukutuskelppoiselle ensisijainen valinta. Iäkkään potilaan toksisen kyhmystruuman hoidoksi soveltuu hyvin radiojodi, joka myös pienentää jonkin verran

kilpirauhasen kokoa. Jos kyhmystruuma ei aiheuta paikallisoireita, pysyvä tyreostaattihoito on myös mahdollinen vaihtoehto. Yksittäistä toksista adenoamaa ei kannata hoitaa tyreostaateilla, ellei potilaan odotettavissa oleva elinikä ole lyhyt. Potilaan nuori ikä tai adenoaman suuri koko puoltavat lohkon poistoa; muussa tilanteessa käytetään radiojodia. Sekä lohkon poiston että radiojodihoidon jälkeen jäljelle jäänyt kilpirauhaslohko toipuu eikä potilas useinkaan tarvitse pysyvää kilpirauhashormonihoitoa.

Sekä lääkärin että potilaiden on tärkeä ymmärtää, että asiantuntijoilla on erilaisia mielipiteitä ja ne eroavat toisistaan. Siksi samoista lähtökohdista voidaan päätyä erilaisiin hoitoratkaisuihin. Hoito on valittava aina hyvässä yhteisymmärryksessä potilaan ja lääkärin kesken. Jos potilas ymmärtää valitun hoidon perusteet, on myös hoidon epätoivotut seuraukset helppo hyväksyä. Hypertyreosin hoidon valinta on viisasta keskittää erikoissairaanhoidossakin kokeneisiin käsiin. ■

TIMO SANE, dosentti, osastonylilääkäri
HYKS:n endokrinologian klinikka
PL 340, 00029 HUS

KIRJALLISUUTTA

- Bartalena L, Baldeschi L, Dickinson A, ym. Consensus statement of the European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) on management of GO. *Eur J Endocrinol* 2008;158:273–85.
- Brent GA. Graves' disease. *N Engl J Med* 2008;358:2594–605.
- Cooper DS. Antithyroid drugs in the management of patients with Graves' disease: an evidence-based approach to therapeutic controversies. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:3474–81.
- Franklyn JA, Maisonneuve P, Sheppard M, Bettenridge J, Boyle P. Cancer incidence and mortality after radioiodine treatment for hyperthyroidism: a population based cohort study. *Lancet*

1999;353:2111–5.

- Hoffman DA, McConahey WM, Fraumeni JF Jr, Kurland LT. Cancer incidence following treatment of hyperthyroidism. *Int J Epidemiol* 1982;11:218–24.
- Metso S. Onko hypertyreosin radiojodihoido turvallista? *Suom Lääkäril* 2009; 64:901–7.
- Moleti M, Mattina F, Salamone I, ym. Effects of thyroidectomy alone or followed by radioiodine ablation of thyroid remnants on the outcome of Graves' ophthalmopathy. *Thyroid* 2003;13:653–8.
- de Rooij A, Vandenbroucke JP, Smit WA, Stokkel MPM, Dekkers OM. Clinical outcome after estimated versus calculated activity of radioiodine for the treatment of hyperthyroidism: systematic

review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol* 2009;161:771–7.

- Träsk F, Tallstedt L, Abraham-Nordling ym. Thyroid-associated ophthalmopathy after treatment for Graves' hyperthyroidism with antithyroid drugs or iodine-131. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94:3700–7.
- Välimäki M. Hypertyreosin hoito – väheneekö radiojodin käyttö? *Suom Lääkäril* 2004;40:3743–6.
- Välimäki M, Schalin-Jäntti C. Kilpirauhanen. Kirjassa *Endokrinologia*. Toim. Välimäki M, Sane T, Dunkel L. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009, s. 174–263.

SIDONNAISUUDET

TIMO SANE: Ei sidonnaisuuksia.