

Når er det indikasjon for thyreoideascintigrafi?

De siste årene er indikasjonene for thyreoideascintigrafi betydelig endret. Spesielt gjelder dette for knute-diagnostikk i thyreoidea hvor ultralyd med finnålsbiopsi har tatt over fullstendig. Undersøkelsen er fremdeles indisert ved mistanke om autonomt thyreoideaadenom samt tyreoiditt med hypertyreose.

Scintigrafi har i mange år vært brukt som ledd i utredning av forskjellige thyreoidealidelser. Etter hvert har ultralyd med finnåls-cytologisk prøve (FNAC) overtatt mange av de indikasjonene som scintigrafi tidligere hadde, spesielt innen knutediagnostikk. At enkelte internasjonale retningslinjer er foreldet, og ikke i tråd med dagens praksis, gjør ikke situasjonen enklere (1, 2). Generelle norske retningslinjer for thyreoideascintigrafi mangler, men for tumorutredning har vi slike retningslinjer i Norge hvor det heter: «Thyreoidescintigrafi har ikke rutinemessig plass i primær-utredning av tumor i glandula thyreoidea med mindre TSH er lav og autonomt adenom kan foreligge» (3).

Ved Seksjon for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus blir mer enn halvparten av henvisningene hvor pasientene skal utredes for ikke-malign sykdom, nå avvist. Avvisning av en henvisning er problematisk på mange vis. Pasienten kan bli i villrede om hva som skal gjøres, og eventuelt stille spørsmål ved legens/sykehusets kompetanse. I tillegg sløses det med verdifull tid for legen som henviser, som må ta pasienten tilbake og eventuelt henviser til annen instans, og ikke minst for pasienten som ønsker og forventer en løsning på sine problemer. Ved vår seksjon går det med tid og ressurser til å gi en skriftlig avvisning og et kortfattet resymé av hvorfor thyreoideascintigrafi ikke er indisert i det enkelte tilfellet.

For å unngå unødig tidsspille er det derfor viktig at potensielle henvisere kjenner til hvilke indikasjoner som gjelder for thyreoideascintigrafi, og kanskje spesielt ved hvilke tilstander thyreoideascintigrafi ikke er til nevneverdig hjelp.

Vi avviser henvisninger av tre hovedårsaker

Den hyppigste grunnen til at vi avviser henvisninger er knutediagnostikk. Knutediagnostikk er ultralydbasert, og bare finnåls-cytologi bekrefter malignitet eller ikke (2, 3). Det kan ikke erstattes av thyreoideascintigrafi. Thyreoideascintigrafi kan heller ikke bidra til å avklare assosierte svelgevansker eller heshet. Pasienter med lav TSH og fritt T₃/T₄ innenfor referansegrense uten kliniske symptomer som kan gi mistanke om thyreoideaautonomi (hovedsakelig rask puls i hvile), trenger heller ikke scintigrafi. Så lenge TSH ikke er supprimert, vil ikke scintigrafi påvise autonome knuter. Den tredje

grunnen til at vi avviser henvisninger, er at pasienten er hypotyreot eller eutyreot, med positive anti-TPO-verdier. Disse pasientene har en kronisk autoimmun tyreoiditt, Hashimotos tyreoiditt, hvor scintigrafi ikke er nødvendig for å stille sikker diagnose.

Hovedindikasjoner for thyreoideascintigrafi

Hypertyreose på grunn av Graves sykdom behandles som oftest medikamentelt, eventuelt med kirurgi (total tyreoidektomi). I tilfeller med gjentatte residiver etter avsluttet behandling med tyreostatika, er radiojod et behandlingsalternativ, helst hos pasienter uten endokrin oftalmopati (4). I disse tilfellene er thyreoideascintigrafi indisert for vurdering av kjertelens størrelse og evne til

«For å unngå unødig tidsspille er det derfor viktig at potensielle henvisere kjenner til hvilke indikasjoner som gjelder for thyreoideascintigrafi, og kanskje spesielt ved hvilke tilstander thyreoideascintigrafi ikke er til nevneverdig hjelp»

å ta opp radioaktivt jod. Thyreoideascintigrafi er også den eneste metoden som kan diagnostisere autonome/toksiske adenomer med sikkerhet. Test av jodopptak og scintigrafi er viktig i utredningen av tyreoiditt (5). Manglende fremstilling av thyreoidea på scintigrammet, kliniske symptomer og eventuell hypertyreose, er diagnostisk for tyreoiditt. Hypertyreose på grunn av såkalt «low-uptake thyrotoxicosis» relatert til tidlig fase av tyreoiditt trenger ikke tyreostatikabehandling (4).

Våre anbefalinger

Oppsummert bør scintigrafi av thyreoidea kun gjennomføres ved tilstander med hypertyreose. Det er ikke aktuelt ved euty-

reote eller hypotyreote tilstander, og ikke primært når det er oppdaget knute i thyreoidea.

Almira Babovic
almira.babovic@ous-hf.no
Carl Müller
Tore Bach-Gansmo

Almira Babovic (f. 1959) er spesialist i nukleærmedisin og overlege ved Seksjon for nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Carl Müller (f. 1944) er spesialist i nukleærmedisin og indremedisin og avdelingssjef ved Seksjon for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tore Bach-Gansmo (f. 1950) er dr.med., spesialist i nukleærmedisin og overlege ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Balon HR, Silberstein EB, Meier DA et al. SNM guidelines for thyroid scintigraphy. http://interactive.snm.org/docs/Thyroid_Scintigraphy_V3.pdf, (10.3.2013).
- Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2006; 16: 109–42.
- Kreftforeningen. Nasjonale retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av differensiert cancer thyroidea 2007. www.kreftforeningen.no/vp/multimedia/archive/00005/Retningslinjer_Thyroi_5077a.pdf (1.10.2012).
- Mandel SJ, Larsen PR, Davies TF. Thyrotoxicosis. I: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR et al, red. *Textbook of endocrinology*. 12. utg. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2011: 362–405.
- Price DC. Radioisotopic evaluation of the thyroid and the parathyroids. *Radiol Clin North Am* 1993; 31: 991–1015.

Mottatt 1.3. 2013, første revisjon innsendt 22.3. 2013, godkjent 9.4. 2013. Medisinsk redaktør Kristin Viste.

Publisert først på nett.