

150129 LATHUND SCREENING AV ENDOKRINA SJUKDOMAR

Diabetes mellitus	<u>4 alternativ</u> : P-glukos $\geq 7,0$ (x2), P-glukos venöst $\geq 11,1$ + symptom, P-glukos venöst $\geq 11,1$ vid OGTT (x2) eller HbA1c ≥ 48 mmol/mol (x2)
Diabetes insipidus	Verifiera polyuri: samla 1-2 dygns mängder urin (volym + u-kreatinin) Blodstatus, S-kreatinin, S-K, S-Na, S-Calcium, S-albumin och f-P-glukos Analysera P-Osm + U-Osm, P-Osm förhöjt eller åt högre hållet Om både U-Osm och P-Osm är låga tyder det på <i>primär polydipsi</i>
SIADH	Patienten är kliniskt normovolem. Blodstatus, S-krea, S-K, S-Na, P-glukos, S-kortisol, fT4 och TSH. Mät P-Osm + U-Osm. Urin-Na/K. P-Osm < 270 mOsm/kg, U-Osm > 100 mOsm/kg, U-Na > 30 mmol/L
Hypothyreos	TSH, fritt T3, fritt T4, S-TPO-ak
Hyperthyreos	TSH, fritt T3, fritt T4, S-TRAK, S-TPO-ak
Primär hyperparathyreoidism	S-Calcium, S-albumin, P-joniserat Calcium, S-fosfat, S-kreatinin Om högt Calcium, omkontroll prover enligt ovan samt S-PTH
Primär Aldosteronism	S-Na, S-K och S-kreatinin. Kvot S-aldosteron/S-renin, > 100 patologisk, 50-100 ev. "gråzon" (Obs- metodberoende, gränsen för en patologisk kvot kan variera från olika lab således)
Feokromocytom	P-Metanefriner och/eller dU-katekolaminer x2. Vid de flesta feokromocytom är utsöndringen av katekolaminer eller dess metaboliter förhöjda $> 2-3$ ggr över respektive referensvärdesgränser
Kortisolbrist	S-kortisol > 400 nmol/l kl 08-09 talar starkt emot kortisolbrist. Om fortsatt misstanke görs lågdos Synacthentest, normalt stegring S-kortisol till $> 500-550$ nmol/L efter 30 eller 40 min. Testet kan göras när som helst under dygnet.
Hyperkortisolism, Cushing	<u>Tre olika alternativ som ofta kombineras:</u> 1. Lågdos dexametason hämningstest (1 mg T dexametason kl 23 följt av S-kortisol kl 08) Normalt hämmas S-kortisol till $< 70-100$ nmol/l 2. dU-kortisol x1-2 3. Salivkortisol kl 23 (patologiskt om > 5 nmol/l)
Akromegali	IGF-1 och S-GH. IGF-1 förhöjt för åldern. Bekräftas med OGTT. Ett enstaka GH < 1 ug/L talar emot diagnosen.
Tillväxthormonbrist	IGF-1 och S-GH. IGF-1 lågt för åldern. Bekräftas med ITT (insulin tolerans test) eller GHRH/arginintest. Enstaka GH-värde > 3 mikrogram/L (6 mU/L) talar emot svår GH-brist
Prolaktinom	S-prolaktin, TSH och S-kreatinin. Om hyperprolaktinemi nytt S-prolaktin samt IGF-1 och S-GH
Hypogonadism	Kvinnor: S-prolaktin, LH, FSH och S-östradiol (regelbunden menses talar för normal funktion) Män: S-prolaktin, LH, FSH, SHBG och S-testosteron (upprepat testosteronprov och morgonvärde) Tolkning testosteronvärde: > 12 nmol/L - sannolikt normalt 8-12 nmol/L - "gråzon" < 8 nmol/L - sannolik brist, skäl att överväga behandling vid symptom. Överväg beräkning av fritt testosteron om SHBG är högt eller lågt. Vid stegrad LH/FSH överväg kromosomanalys (Klinefeleter).
Hirsutism hos kvinnor	S-testosteron, S-SHBG, S-androstendion, S-DHEA-SO4, LH, FSH, TSH och IGF-1 Om testosteron > 6 nmol/l – initiera malignitetsutredning binjurar och ovarier 17-OH progesteron om misstänkt hormonsyntesdefekt i binjurebarken Dexametasonhämningstest och/eller dU-kortisol vid misstänkt Cushing
Gynekomasti	S-testosteron, S-SHBG, LH, FSH, östradiol, TSH, HCG, prolaktin; anamnes
MEN-1 syndrom	Joniserat Calcium, S-Calcium, S-albumin, PTH, prolaktin, IGF-1, insulin, C-peptid, proinsulin, PP, gastrin, glucagon samt chromogranin A
Insulinom	P-glukos vid symptom. HbA1c. Faste P-glukos med S-insulin, S-proinsulin samt S-C-peptid. Om fortsatt misstanke 3 dygn långfasta inläggande

Jarl Hellman, Överläkare
Endokrinsektionen, UAS