

Akut infektiös tyreoidit hos immunosupprimerad kvinna

ETT TILLSTÅND SVÅRT ATT SKILJA FRÅN SUBAKUT TYREOIDIT

Susanna Hofdam,
ST-läkare

Daniel Bengtsson,
med dr, överläkare

**Etsko Engel
Blaauwwekel,**
överläkare

Pär Wanby, docent,
överläkare; samtliga
medicinkliniken, Läns-
sjukhuset i Kalmar
• par.wanby@region-
kalmar.se

Akut infektiös tyreoidit är ett mycket ovanligt och potentiellt livshotande tillstånd. Pålitliga uppgifter om incidens saknas. Tyreoideas skyddande kapsel, höga blodgenomströmning och höga jodinnehåll är några av de faktorer som anses bidra till tillståndets ovanlighet [1]. Hos individer som insjuknar förekommer ofta immunsuppression, tyreoidesjukdom eller anatomisk avvikelse såsom en fistel i sinus piriformis, vilket oftast ses hos barn och unga vuxna. I ett fåtal fall förekommer underliggande malignitet i tyreoidesjukdom [2,3]. De vanligaste beskrivna patogenerna är grampositiva aeroba bakterier såsom stafylo- och streptokocker, men akut infektiös tyreoidit kan även orsakas av anaeroba bakterier, parasiter, mykobakterier och svampar [1,2].

Den kliniska bilden kännetecknas av allmänna symtom som feber och trötthet i kombination med rodnad, svullnad och palpationsömheter över tyreoidesjukdom. Tyreoidesjukdom kan vara normala eller påverkade. I en sammanställning från 2021 var en majoritet av patienterna, 61 procent, eutyroidea. Hypertyreos sågs hos 35 procent, och ett fåtal var hypothyreotiska vid diagnos [4]. I det akuta skedet kan akut infektiös tyreoidit vara svår att skilja från subakut tyreoidit, en betydligt vanligare åkomma av viral eller postviral genes där diagnostiken ofta vilar på den kliniska bilden och behandlingen är en annan [1,4].

Fallbeskrivning

En 37-årig kvinna uppsökte akutmottagningen på grund av feber, halsont och generell muskelvärk. Hon hade genomgått gastrisk bypassoperation och elva år tidigare njurtransplantation, varför hon behandlades med immunsuppressiva i form av takrolimus, mykofenolatmofetil och prednisolon. Hon bedömdes ha en virusorsakad övre luftvägsinfektion och kunde återgå till hemmet med lugnande besked.

Två veckor senare sökte patienten återigen akutmottagningen på grund av ihållande trötthet och återkommande febertoppar. Vid undersökning sågs svullnad och rodnad över halsens nedre del, och en ömmande resistens palperades i höjd med tyreoidesjukdom. Hon var afebril och vid gott allmäntillstånd. Provtagningsvisade LPK $18 \times 10^9/l$, CRP 118 mg/l och bild som vid hypertyreos med TSH $<0,01$ mIE/l (referensintervall 0,3–3,7 mIE/l), fritt T4 48 pmol/l (12–22 pmol/l) och fritt T3 9,3 pmol/l (3,1–6,3 pmol/l). På misstanke om subakut tyreoidit ordinerades prednisolon 30 mg per dag i nedtrappande dos, och patienten återgick till hemmet med planerad uppföljning via endokrinmottagningen. Efter 2 veckor kontaktade patienten telefonledes medicinkliniken vid Länssjukhuset i Kalmar på grund av tilltagande smärta och svullnad över hal-

sen. Provtagna samma dag visade ett nästintill normaliserat CRP-värde (6 mg/l). TSH låg inom referensområdet (0,4 pmol/l). De fria tyreoidesjukdomhormonerna var nu lätt sänkta (fritt T4 12 pmol/l, fritt T3 2,4 pmol/l). Provtagningsvisade tyreoperoxidasantikroppar och TSH-receptorantikroppar utföll negativt. Lugnande besked gavs telefonledes. Efter 4 dagar sökte hon dock åter akut på grund av tilltagande besvär från halsen. Vid undersökning var status oförändrad. Prednisolondosen ökades från 20 till 30 mg dagligen och patienten återgick till hemmet. Under vårdförloppet tog patienten enstaka doser paracetamol; NSAID användes ej.

Vid nybesök på endokrinmottagningen, 3 veckor efter det första akutbesöket och 2 dagar efter det senaste akutbesöket, var patienten fortsatt afebril och vid gott allmäntillstånd. Däremot var status över halsen kraftigt försämrade. Vid undersökning sågs nu en utåtbuktande, fluktuerande och kraftigt ömmande resistens, 4×4 cm, i höjd med tyreoidesjukdom. Omkringliggande hud var ilsket rodnad med flertalet små pusliknande blåsor (Figur 1). Hon bejakade dysfagi men förnekade andningsbesvär. Patienten remitterades för akutbedömning på öronmottagningen, där ultraljud påvisade en heterogen flerlobulerad abscess med misstänkt ursprung från tyreoidesjukdom. Luftvägen bedömdes ej vara hotad. Abscessen inciderades, drän anlades och klindamycin förskrevs för 10 dagar. Patienten följdes polikliniskt med dagliga besök på öronmottagningen, och efter 3 dagar kunde dränet avvecklas. Odling från abscessen visade växt av *Streptococcus pyogenes*. Blododling ordinerades, men togs dessvärre aldrig. Uppföljande datortomografi (DT) av hals/larynx med kontrast visade inga tecken till kvarvarande abscess, malignitet eller anatomisk avvikelse i tyreoidesjukdom. TSH steg initialt till 10,9 mIE/l, och efter 3 månaders ak-

HUVUDBUDSKAP

- Akut infektiös tyreoidit är ett ovanligt men potentiellt livshotande tillstånd.
- I det akuta skedet kan akut infektiös tyreoidit vara svår att skilja från subakut tyreoidit, ett betydligt vanligare tillstånd med bättre prognos och annan behandling.
- Akut infektiös tyreoidit diagnostiseras med hjälp av ultraljudsledd fin nålspunktion av tyreoidesjukdom för cytologisk analys och bakteriell odling.
- Utredning bör framför allt övervägas hos patienter med känd immunsuppression, vid känd anatomisk avvikelse eller vid otillfredsställande behandlingssvar vid misstänkt subakut tyreoidit.

tiv expektans var TSH 4,7 mIE/l, fritt T4 16 pmol/l och fritt T3 4,0 pmol/l. Patienten var då välmående utan kvarvarande symtom från halsen (Tabell 1).

Diskussion

Det aktuella fallet, där feber och lokala symtom från halsen misstogs för subakut tyreoidit, illustrerar hur diagnostiken av akut infektiös tyreoidit typiskt försvåras och försenas av att den kliniska bilden initialt kan likna den vid subakut tyreoidit. Patientens halsrodnad och immunsuppression borde dock ha föranlett en tidigare misstanke om annan genes. I det aktuella fallet kan den ökade prednisolondosen möjligen ha bidragit till abscessutvecklingen. Fallet belyser också att tyreoidesjukdom bör finnas med i differentialdiagnostiken vid smärta från halsen och att tyreoidapalpation då är en viktig undersökning.

Akut infektiös tyreoidit är ett mycket ovanligt tillstånd där sjukdomsbilden varierar stort: en sepsisliknande bild med kraftig allmänpåverkan kan utvecklas, men även asymtomatiska fall finns beskrivna [5]. Det saknas nationella och internationella riktlinjer, och det vetenskapliga underlaget baseras på sammanställningar av fallrapporter och så kallade »expert opinions« [4].

»Ultraljud och DT med kontrast kan vara av diagnostiskt värde, men tidigt i förloppet finns risk att undersökningsfynden misstas för subakut tyreoidit ...«

Ultraljud och DT med kontrast kan vara av diagnostiskt värde, men tidigt i förloppet finns risk att undersökningsfynden misstas för subakut tyreoidit [6]. DT med kontrast kan bekräfta abscessutveckling i tyreoididea och utesluta abscessutveckling retrofaryngealt eller mediastinalt. DT har även potential att visualisera en underliggande anatomisk avvikelse, men det är ofta svårbedömt i det akuta skedet, varför undersökningen kan behöva upprepas. Ultraljundsundersökning har som fördel att den möjliggör samtidig finnålspunktion med cytologisk analys och bakteriell odling, där positivt odlingsfynd bekräftar diagnosen [1,4].

Vid misstanke om akut infektiös tyreoidit bör blododlingar tas frikostigt, framför allt om det rör sig om en immunsupprimerad patient. Inläggning bör alltid övervägas. Bred empirisk antibiotikabehandling påbörjas omgående, eventuellt med tillägg av antimykotika om patienten är immunsupprimerad, för att efter odlingssvar ändras till mer riktad behandling [4]. Vid förekomst av abscess bör denna dräneras. Större operativ åtgärd såsom total eller subtotal tyreoidektomi eller hemityreoidektomi kan bli aktuell i det akuta skedet om luftvägen bedöms vara hotad. Operativt ingrepp bör även övervägas vid utebliven effekt av antibiotika- och dränbehandling samt vid misstanke om underliggande anatomisk avvikelse eller malignitet [1].

Figur 1. Bild av patienten vid besök på endokrinmottagningen.



TABELL 1. Kliniskt förlopp

Vecka	Kontakt	TSH (mIE/l)	T4 (pmol/l)	T3 (pmol/l)	CRP (mg/l)	Klinik	Bedömning/åtgärd
1	Besök akutmottagning	–	–	–	100	Feber, halsont	Misstänkt virus
3	Besök akutmottagning	<0,01	48	9,2	115	Återkommande feber; smärta, svullnad och rodnad hals	Misstänkt subakut tyreoidit; start prednisolon 30 mg i nedtrappningsschema
5	Telefonkontakt endokrinmottagning	0,4	12	2,4	8	Afebril; tilltagande smärta och svullnad hals	Expektans, fortsatt prednisolon
6	Besök akutmottagning	1,2	9,0	2,5	6	Afebril; smärta, svullnad och rodnad hals	Dosökning prednisolon, 20 till 30 mg
	Besök endokrinmottagning, besök ÖNH					Se Figur 1	Misstänkt akut infektiös tyreoidit; erhåller drän; start antibiotikabehandling; prednisolon i nedtrappningsschema
	Besök ÖNH						Drän avvecklas efter 3 dagar
7	Telefonkontakt endokrinmottagning	8,4	14	3,5	–	Välmående	
9	Telefonkontakt endokrinmottagning	10,9	13	3,2	1	Välmående	
12	Besök endokrinmottagning	8,4	14	3,8	<1	Välmående; lätt rodnad hals, i övrigt återställd	
16	Telefonkontakt endokrinmottagning	4,7	16	4,0	–	Välmående	

Med adekvat behandling har akut infektiös tyreoidit vanligen en god prognos med låg recidivrisk, om det inte finns en predisponerande anatomisk avvikelse, som bör eftersökas. Förutom upprepad DT (eventuellt med barium per os) har hypofaryngoskopi föreslagits [1,4]. Vid utebliven behandling kan infektionen leda till abscessutveckling med stor lokal skada. Tillväxt eller ruptur av abscess kan även leda till perforation av trakea eller esofagus, nekrotiserande mediastinit och septikemi. Utan behandling anges en mortalitet på 8–12 procent [1,2,4,7].

Konklusion

Vid handläggning av misstänkt subakut tyreoidit bör akut infektiös tyreoidit beaktas som differen-

tialdiagnos, framför allt hos patienter med riskfaktorer såsom immunsuppression, känd tyreoidesjukdom eller anatomisk avvikelse i tyreoides. Efter påbörjad behandling för subakut tyreoidit bör förbättring ske inom de närmaste dagarna. Vid otillfredsställande behandlingssvar eller tveksamhet kring diagnos bör akut utredning för akut infektiös tyreoidit påbörjas, då korrekt och tidig diagnos är avgörande för att undvika livshotande eller letal utgång. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:24108

REFERENSER	YC, et al. Suppurative Acinetobacter baumannii thyroiditis with bacteremic pneumonia: case report and review. Clin Infect Dis. 1998;27(5):1286-90.	thyroiditis in an adult due to a fourth branchial pouch fistula. J Clin Endocrinol Metab. 2000;85(3):953-6.	Clin Endocrinol (Oxf). 2021;95(2):253-64.	6. Masuoka H, Miyauchi A, Tomoda C, et al. Imaging studies in sixty patients with acute suppurative thyroiditis. Thyroid. 2011;21(10):1075-80.	mediastinitis secondary to acute suppurative thyroiditis developing in an apparently healthy woman. Thyroid. 2010;20(5):571-2.
1. Paes JE, Burman KD, Cohen J, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion. Thyroid. 2010;20(3):247-55.	3. Cases JA, Wenig BM, Silver CE, et al. Recurrent acute suppurative	4. Lafontaine N, Learoyd D, Farrel S, et al. Suppurative thyroiditis: systematic review and clinical guidance.	5. Falhammar H, Wallin G, Calissendorff J. Acute suppurative thyroiditis with thyroid abscess in adults: clinical presentation, treatment and outcomes. BMC Endocr Disord. 2019;19(130).	7. Pereira O, Prasad DS, Bal AM, et al. Fatal descending necrotizing	

SUMMARY

Acute suppurative thyroiditis: A case report

Acute suppurative thyroiditis (AST) is an extremely rare and potentially life-threatening condition, which can at first be difficult to differentiate from the far more common subacute thyroiditis (SAT). AST is most often described in patients with immunosuppression, or in patients with a pre-existing thyroid disease or anatomical structural defect, such as a pyriform sinus fistula. Here, we describe a case where a 37-year-old immunocompromised woman presented with intermittent fever, fatigue, erythema and tenderness of the anterior neck. TSH was suppressed and free T3 and T4 were elevated. She was prescribed Prednisolone 30 mg due to suspicion of SAT, but her symptoms from the anterior neck escalated. She developed a thyroid abscess, and was successfully treated with surgical drainage and oral antibiotics.