



LAB- nytt nr 4-2007

Nye referansegrenser for thyroideaanalyser FT4 og TSH

Laboratoria ved Førde, Lærdal og Nordfjordeid sjukehus vil ta i bruk nye analysemetodar for FT4 og TSH. Endringa skuldast overgang frå Roche / Elecsys til Abbot / Architect analyseinstrument ved dei tre sjukehusa. Overgang vil skje i løpet av hausten. Det vil bli lagt inn ein kommentar til analysesvaret i ein overgangsperiode (2 mnd) med opplysningar om nye analysemetodar og endring i referanseområde.

FT4

Det er rimeleg god korrelasjon mellom dei to metodane, men det er ein nivåskilnad som gjev opp til 25 % lågare resultat med ny metode i heile måleområdet. Referanseintervallet for ny metode er difor senka jamført med den gamle metoden.

Nytt referanseintervall for FT4: 9 – 19 pmol/L

TSH

Det er rimeleg god korrelasjon mellom dei to metodane, men det er ein nivåskilnad som gjev opp til 25 – 30 % lågare resultat med ny metode i heile måleområdet. Trass dette, er det referanseintervallet som er gjeve opp for ny metode frå leverandøren, høgare enn for den gamle metoden. Dette kan skuldast tekniske forhold ved metoden og særlege høve ved den populasjonen som er undersøkt for å bestemme referanseintervallet.

Nytt referanseintervall for TSH: 0,35 – 4,9 mU/L

Kommentar når det gjeld tolking av prøvesvar

Ved overgang til ny metode bør ein særleg vere merksam på prøvesvar rundt grensene for referanseintervalla. T.d. vil ein mindre auke i FT4 over øvre referansegrense med gamal metode, gje normalt svar med ny metode. Med gamal metode vil FT4 på 23-24 pmol/L som er lett patologisk, svare til ca. 17 pmol/L med ny metode som er under øvre referansegrense og difor tolkast som normalt.

For TSH vil t.d. patologiske prøvesvar på 5-6 mU/L som er patologisk med gamal metode, svare til 3,5 – 4,8 mU/L med ny metode og difor tolkast som normale.

Det som er viktig er å sjå FT4 og TSH i samanheng ved utgreiing av hyper- og hypothyreose. Det er særleg ved kontroll av pasientar med kjend thyroideasjukdom at prøvesvar med ny metode kan skilje seg frå gamle prøvesvar på ein måte som kan mistolkast med omsyn til klinisk status. For utgreiing av nye pasientar kor ein frå første stund nyttar ny metode, skulle overgangen ikkje verte noko problem.

Førde 2. oktober 2007

Rune J.Ulvik
Overlege
Spesialist i medisinsk biokjemi