

Dagens behandling av hypothyreose-pasienter er mangelfull

I *Utposten* nr. 2 tidligere i år skrev Helge Oftebro og Sara Hammerstad om behandling av hypothyreose. Artikkelen omhandlet særlig kombinasjonsbehandling med T₄ og T₃ til utvalgte pasienter med lavt stoffskifte. Som pasient er det flere forhold i artikkelen som jeg reagerer på og vil kommentere.

Selv hadde jeg i en årrekke symptomer på lavt stoffskifte, før dette ble diagnostisert og jeg ble satt på Levaxin (levothyronin) i 1987. Da var jeg helt nedkjørt og hadde mistet familie, hus, hytte, bil og jobb. Beskjeden fra legen om at jeg nå ville bli kvitt mine plager og bli frisk, slo feil. Selv om jeg tok Levaxin, ble jeg dårligere. Etter 16 år trosset jeg legens råd og skaffet en boks med Thyroid-tabletter (et preparat produsert fra tørket skjoldbruskkjertel fra gris som inneholder både T₃ og T₄). Jeg ventet med å ta dem, ettersom jeg var blitt advart og fryktet konsekvensene. Så boksen stod på hylla og «smilte truende» en lang stund – inntil mine mangeårige magesmerter kulminerte med divertikulitt og ambulant innleggelse i 2004. Siden jeg likevel følte meg «døden nær», tenkte jeg at jeg likegodt kunne prøve.

Jeg ble et helt nytt menneske på få måneder. Jeg ble kvitt mage- og ryggsmertene samt andre smerter – og etter tre måneder var jeg 18 kg lettere. Da jeg gikk over til kveldsdosering mistet jeg ytterligere 6 kg. Jeg var blitt opplært i at dosen skulle tas om morgenen, men da jeg i oktober 2012 tilegnet meg en fem år gammel studie om døgnvariasjoner i kjertelens produksjon av T₃-hormonet, begynte jeg å dosere medisinen om kvelden før jeg la meg. Det hadde jeg et stort helsemessig utbytte av. Jeg er nå, etter å ha trosset legenes råd mange ganger, nesten frisk.

Basert på mine erfaringer som pasient, er det min oppfatning at hjelpeapparatet jeg har møtt i løpet av alle disse årene, har behandlet meg feil – faglig feil og heller ikke i henhold til retningslinjer om individuell behandling. Jeg mener at det er de biometriske analyseresultatene som er blitt behandlet, og ikke meg som pasient. Mine blodverdier har blitt sammenlignet med et statistisk materiale dannet på grunnlag av antatt friske mennesker, noe som etter min oppfatning bærer galt av sted. Jeg som menneske var ikke interessant; bare

blodprøveresultatene mine. Dette var sikkert i beste mening, med tro på at jeg ville bli bra – bare man støttet seg på gjeldende faglig kunnskap (som jeg mener er foreldet) og på endokrinologens anvisninger.

Når det gjelder Omdal og Hammerstads artikkel, reagerer jeg på at de ikke refererer til undersøkelser der man har sammenlignet levothyronin og Thyroid. De legger også stor vekt på «TSH-doktrinen», dvs at man justerer doseringen av levothyronin for å oppnå et TSH-nivå innefor referanseområdet, uten å ta hensyn til andre faktorer, noe jeg mener er feil. Jeg mener også at de i alt for stor grad lener seg på blodprøveresultater og glemmer klinikken. Det nevnes ikke at det er viktig å forsøke å gjenetablere kroppens bortfall av døgnvariasjon av T₃-hormonet som skjoldbruskkjertelens produksjon er opphavet til. Det synes som om de ikke vet at T₃ er høy om natten hos friske mennesker og at pasienter med lavt stoffskifte lider når det ikke er slik mer. De forklarer ikke at et tilskudd av Liotyronin gitt på dagtid bare gir økt rev. T₃ hos de som har nok. En dosering av T₃ til rett tidspunkt, dvs. om kvelden, vil bidra til at nattens restituering av kropp og sjel kan foregå med nok stoffskiftehormoner slik at jobben blir ferdig til neste morgen. Monosubstitusjon med T₄ er feilbehandling for mange pasienter fordi den ikke evner å reetablere hormonproduksjonens døgnrytme. Også Liotyronin gitt med dosering på dagtid er feilbehandling, etter min oppfatning.

Videre mener jeg at tenkningen rundt forholdet mellom fT₄ og fT₃ er misforstått. Blant annet fordi det er stor forskjell på halveringstiden av fT₄ og fT₃. fT₃ halveres i løpet et døgn, mot fT₄ som trenger åtte døgn. fT₃ brukes mye fortere opp enn fT₄. Om hormonet T₄ blir lavere enn fysiologisk verdi under behandling har ingen fysiologisk betydning hvis bare fT₃ har en tilstrekkelig størrelse og har de fysiologiske døgnvariasjoner som er tilstrekkelig for synkronisering og normalisering av kroppens andre hormoner. T₄ er bare lagervare som ikke brukes til annet enn å produsere stoffskiftehormoner. Balders arbeidshypotese, at det biometriske forhold for T₄ må opprettholdes, mener jeg derfor savner vitenskapelig grunnlag. Det nevnes

heller ikke at hormoner ikke er artsspesifikke: Mennesket kan bruke hormoner fra alle pattedyr. De er molekylært helt samsvarende, mens levothyronin, som er syntetisk fremstilt, ikke er molekylært samsvarende med vårt T₄.

Det er ca 175 000 Levaxin-brukere i Norge. En overlege på OUS/Aker jeg snakket med i 2004 antok at 10–12 prosent av Levaxin-brukere ikke ble bra med dagens vedtatte ene behandlingstype. På mitt spørsmål om disse hadde noe tilbud, var svaret nei.

Det blir – ifølge legens udokumenterte anslag – opp mot 20 000 pasienter bare i Norge som ikke får en tilfredsstillende behandling. Jeg mener det er mange flere. Mange er uføretrygdet som følge av den behandling som brukes per i dag og må betale for sin gjenvunne helse selv.

Fagmiljøet må snart innse at dagens behandling ikke er god nok for alle, og gjøre endringer basert på nyere forskning og pasientens klinikk. Et eksempel er studien til Stefan Sjöberg, som kanskje ikke er ferdig ennå, men som har oppsiktsvekkende resultater så langt. Jeg mener også det er urettferdig for oss pasienter at man ikke likestiller thyroide preparater med de kunstig fremstilte som brukes i dag.

REFERANSER

- <http://jcem.endojournals.org/content/93/6/2300.full>
- <http://chriskresser.com/5-thyroid-patterns-that-wont-show-up-on-standard-lab-tests>
- <http://www.allocca.com/papers/Synthroid-Armour.pdf>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16416346>
- <http://jcem.endojournals.org/content/98/5/1982.abstract>
- <http://jcem.endojournals.org/content/98/5/1982.long>
- <http://www.thyroidscience.com/Criticism/lowe.3.16.09/lowe.bta.rebuttal.3.16.09.pdf>
- http://www.drdoch.com/Thyroid_Hunt_Study_TSH.html
- <http://hypothyreos.info/component/content/article/1-ej-kategoriserat/142-ny-studie-t3-i-spinalvaetska-okkar-inte-med-levaxin>

Finn E. Hansen
En pasient

fhh@online.no