

I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes til en av redaktørene, vær vennlig å se kontakinfo, 2. omslagsside.

✦ Kast dere frampå, folkens!

# Medikamentindusert hypertyreose

Dette er en historie om en av mine pasienter som jeg har kjent i mer enn 20 år. Han er 57, er selvstendig næringsdrivende på en liten plass i Finnmark. Han har en travel arbeidsdag og jeg syns han stresser mye, og mener nok at han tar litt lite vare på seg selv – tatt i betraktning at han har flere kroniske sykdommer; atrieflimmer, diabetes type II, hypertensjon og hyperkolesterolemi. Han kan vel neppe sies å være velregulert, men kommer når jeg innkaller ham og har brukbar kontroll over sine sykdommer.

Under en rutinekontroll hos meg før jul ble det tatt en rekke blodprøver. Han var egentlig ikke til konsultasjon hos meg, men var på laboratoriet for å ta fastende blodprøver før timen uken etter. Jeg så ham imidlertid og snakket litt med ham. Han virket oppkavet og var nokså hektisk, svett og rødmusset da han kom. Av en eller annen grunn ba jeg sekretæren min om å ta stoffskiftet i

tillegg til de andre prøvene. Jeg ble nokså forundret da prøvesvarene kom: FT4 28 og TSH under 0,010. Jeg ba ham ta nye prøver og fikk på nytt omtrent samme resultat: FT4 34, TSH under 0,010, FT3 7,5 samt TRAS under 1. Alt så en hypertyreose, men med normal TRAS. Dette forstod jeg ikke helt så jeg skrev et brev til endokrinologen på UNN. Jeg fikk et meget interessant svar derfra:

Takk for forespørsel.

Hvis jeg oppfatter riktig, bruker han fortsatt Cordarone, og vi mistenker derfor først og fremst Cordaroneindusert hypertyreose. Vi anbefaler derfor at man kontakter kardiolog for vurdering om han kan seponere denne, evt erstatte preparatet med et annet. Cordarone demper omdanningen fra T4 til T3, og det er ikke sikkert at han har en FT3-toksikose på tross av forhøyet FT4. Vi anbefaler at denne måles, og er den forhøyet eller pasienten frambyr symptomer på tyreotok

sikose (tachycardi spesielt) anbefaler vi behandling med prednisolon for eksempel 20–30 mg x 1 med langsom nedtrapping over tre til fire måneder. Hans stoffskifteprøver må da følges jevnlig for å se at de faller ned mot normalen igjen.

Skulle TRAS være positiv, er situasjonen en annen, og jeg ber da om at du tar kontakt igjen, det samme om stoffskiftet fortsatt stiger på tross av steroider.

**FØRLØP:** Kardiolog ble kontaktet og vi ble enige om å seponere Cordarone. Kardiologen mente dette var greit siden han fra før brukte Selo-Zok 100 mg og hans atrieflimmer hadde vært under kontroll en stund. Han ble i tillegg satt på prednisolon i nedtrappende doser. Han har det bedre og TSH er i ferd med å normaliseres, men både puls og stoffskifte kontrolleres jevnlig. For meg var dette en særdeles lærerik historie.

MONA SØNDENÅ

*Under en rutinekontroll ble det tatt en rekke blodprøver av pasienten.* ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

