

Hashimoto's - Kirurgisk sykdom?!

Nedre Telemark Lokallag kunne Torsdag 30 oktober invitere til foredrag med Dr Guldvog om hans pågående forskningsprosjekt ved Sykehuset i Telemark. Her følger en oppsummering av foredraget og det som ble sagt av Dr Guldvog. Oppsummeringen er skrevet på vegne av styret i Nedre Telemark Lokallag. Oppsummeringen er ikke nødvendigvis i samme kronologiske rekkefølge som presentasjonen som Dr Guldvog ga.

Dr Guldvog (overlege og endokrin kirurg) har i dag ett forskningsprosjekt pågående ved Sykehuset i Telemark, der de ved fjerning av skjoldbruskkjertelen forventer å kunne fjerne sykdommen Hashimoto's. (http://en.wikipedia.org/wiki/Hashimoto%27s_thyroiditis)

Hashimoto's er en auto-immun sykdom der anti-stoffer som produseres av kroppen angriper friskt vev i skjoldbruskkjertelen, og over tid kan medføre til at skjoldbruskkjertelen kan sette ned eller stoppe produksjonen av stoffskifte hormoner. Dette kan i følge Dr. Guldvog foregå i flere år uten å trigge lavt stoffskifte eller hypotyreose. Men er den viktigste grunnen til at lavt stoffskifte utvikler seg. Denne "forvandlingen" kan foregå over år, men i de aller fleste tilfeller så vil Hashimoto's utvikle lavt stoffskifte.

Ved siden av Hashimoto's så finnes det andre 'tyreoiditter':

- Riedels tyreoiditt - kronisk form for struma (http://en.wikipedia.org/wiki/Riedel%27s_thyroiditis)
- de Quervain's - Subakutt tyreoiditt (http://en.wikipedia.org/wiki/De_Quervain's_thyroiditis)

Hashimoto's sees på som en lymfocyttisk tyreoiditt:

- Opptrer som oftest hos kvinner mellom 30 – 50 år
- Sees ofte i samme familie
- Opptrer ofte sammen med andre auto-immune sykdommer (MS, Skjøgrens, etc)

En tyreoiditt betyr det samme som en betennelse som forekommer i skjoldbruskkjertelen. Tyreoiditter er det samme som flere sykdommer som utarter seg som betennelse i skjoldbruskkjertelen. (<http://en.wikipedia.org/wiki/Thyroiditis>). Sykdommen angriper friskt vev og forårsaker degradering betennelse i kjertelen som fører til mindre eller opphør av produksjon av stoffskiftehormoner som kroppen trenger.

Hvordan kom studien i gang?

Dr Guldvog satte i gang studien etter observasjoner som ble gjort etter endokrin kirurgiske inngrep på pasienter med følgende:

- Graves (auto-immun sykdom som kan føre til høyt stoffskifte)
- Kalde og varme knuter
- Cancer

Han tok rutinemessig blodprøver av alle disse, og oppdaget at de med anti-stoffer før fjerning av skjoldbruskkjertelen som oftest ble kvitt anti-stoffene.

Der vev av skjoldbruskkjertelen ble igjen (altså ikke fjernet 100%) så man at anti-stoffene ikke forsvant. Ved re-operasjon der alt vev ble tatt ut, forsvant også alle anti-stoffene.

Med bakgrunn av dette satte Guldvog seg ned og skrev kasus med utgangspunkt i pasienter han så dette "fenomenet" hos og sendte inn offisiell forespørsel til Helsemyndighetene for å få lov til å starte opp ett forskningsprosjekt.

Studien ble godkjent og første fase har til dags dato allerede blitt gjennomført.

Studien

Studien så langt har omfattet 136 pasienter som har fått fjernet skjoldbruskkjertelen 100%. Dette har skjedd over ett par år. Dette omtales som Gruppe A. En Gruppe B har blitt satt opp som mot-gruppe der kirurgisk behandling ikke har blitt utført. (Disse pasientene vil dog få tilbud om å få fjernet kjertelen når prosjektet går over til at helsemyndighetene godkjenner at dette blir vanlig praksis). Gruppe B har fått utført samme blodprøver og bedt om å svare samme spørreskjema som Gruppe A gjennom perioden.

Til dags dato så har Dr Guldvog i dag forskningsmateriale på 262 personer (inkludert de som fikk skjoldbruskkjertel fjernet på grunn av Graves, knuter eller cancer).

Kriteriene for å være med på studien

På første del av studien så var det satt en del kriterier for å få være med.

Pasienten måtte ha:

- Positive anti-stoffer - en eller flere:
 - Anti-TPO = >1000
 - Anti-TG = positiv
 - TRAS = positiv
- Symptomer på Hashimoto's (kommer tilbake til dette lengre ned)
- Såpass langt i sykdomsbildet at Levaxin er lagt til behandlingen (Her blir økning i TSH mest lagt vekt på).
 - TSH over 4 er en god indikator på at sykdomsbildet har gått for langt allerede
- Pasientens livskvalitet må ha vært berørt av sykdommen

Hva har det blitt lagt vekt på etter studien

- Status på anti-stoffene - om de har blitt helt borte eller om de har blitt redusert
- Status på "leveskår" - altså hvordan har pasienten følt seg før og etter fjerning av kjertelen

Pasientene har hatt oppfølging i minst 18 måneder. Blodprøver tas hver 3 måned. Utviklingen av anti-stoffene følges. Skjema ang levekår og helse har blitt fylt inn før operasjon og 18 måneder etter.

Pasientene har blitt satt på en dose Levaxin som justeres av Dr Guldvog basert på TSH.

Resultatene

Basert på de kriteriene som ligger til grunn for resultatet, så ble følgende observert:

- Antistoffene hos 134 pasienter er 100% borte i Gruppe A. To av pasientene har fremdeles antistoffer på over 1000. Årsaken er mest trolig at de startet med antistoffer på godt over 25000. På grunn av forskningsprosjektet så har Dr Guldvog og hans team fått laboratoriet til å videreutvikle Anti-TPO blodprøvene til å kunne vise hvor mange antistoffer man har, ikke bare ">1300" (større enn 1300, som de fleste i dag får på sine prøveskjemaer).
 - Det er forventet at disse to vil få antistoffer ned til 0 over tid.
- Antistoffene kan bruke forskjellig tid på å gå fra toppen til å bli under 1000, og ned til 0.
- Resultatene fra spørreundersøkelsene er positive. Utviklingen fra før operasjon til etter har vært positive for alle. De som fremdeles hadde antistoffer (2) opplevde fremdeles en del symptomer på Hashimoto's.

- Gruppe B viser ingen større endringer på antistoffene eller på symptombildet ved innfylling av spørreskjemaene.

Komplikasjoner

Komplikasjoner kan oppstå fordi operasjonsområdet er nært para-thyreoidea. Det kan også være at operasjonen ikke er suksessfull, fordi man ikke får med seg alt vev. Pasienten vil da fortsatt ha symptomer og anti-stoffer.

Det har vært få komplikasjoner registrert etter forsøksperioden:

- 2 pasienter av 136 har hatt blødning etter operasjon
- 6 av 272 pasienter har hatt problemer med nevrologiske problemer (her er alle pasienter telt med (Graves, cancer, knuter og Hashimoto's))
- 4 pasienter av 136 har hatt problemer med hypocalcemia – dette betyr at pasientene har problemer med kalsiumopptak i kroppen

Ut over dette ikke andre komplikasjoner registrert. Alle pasientene er undersøkt av Øre, Nese, Hals spesialist 4 måneder etter operasjonen.

Symptomer

Dr Guldvog har 4 - 5 'kardinal' symptomer, som han kalte dem:

- #1 trøtthet og utmattelse
- #2 økt søvnbehov og dårlig søvn
- #3 verk i og stive muskler og ledd
- #4 Tørre slimhinner i munn og øyne, kløe
- #5 mage og tarmbesvær (ofte karakterisert som IBS – 'irritable bowel syndrome' / Irritert Tarm Syndrom)

Dr Guldvog var veldig klar på dette med at Hashimoto's alene forårsaker relativt kraftige symptomer, som ofte misforstås med å være symptomer på lavt stoffskifte. Ofte vil man utvikle disse symptomene så fort antistoffene er tilstede hos pasienten og er ikke nødvendigvis relatert til lavt stoffskifte.

NAV kontakter ofte Dr Guldvog til å få uttalelser i saker som angår uføre, og han var veldig klar på dette med at symptomene kan være kraftige nok til at pasienten faktisk ikke er i stand til å utføre arbeid. (Han gjorde også en kommentar ang de siste ukers diskusjoner rundt dette med sykefravær og kvinner - Hashimoto's er en av de sykdommene som oftest angriper kvinner, og er en relativt stor årsak til sykefravær hos kvinner.

Symptomene kommer ved at anti-stoffene også kommer inn i blod og hjerne barriere.

Hva forårsaker Hashimoto's?

Det er ingen 100% klare årsaker til hva som forårsaker Hashimoto's, eller en av de andre tyreoidittene. Men Dr Guldvog nevnte to årsaker som mistenkes mest:

- En virusinfeksjon eller sykdom i tidlig alder, som barn eller ungdom (ofte som halsbetennelse, lungeinfeksjon eller urinveisinfeksjon).
- Arvelig situasjon – en tilbøyelighet til å danne komplekser til deler av mikroorganismer i kroppen.

Han utelukker ikke andre årsaker, men her mangler det forskning.

Dr. Guldvog forteller at det virker som om at skjoldbruskkjertelen virker til å være mer «mottakelig» for anti-stoffer enn andre deler av kroppen.

Finnes det paralleller til Fibromyalgi eller ME? Få sjekket anti-stoffer – da dette kan være Hashimoto's, også i følge dr Guldvog.

Man kan ha det som heter 'seronegativ Hashimoto's', ingen Anti-TPO anti-stoffer, men da har man andre tegn, som:

- Tegn på forandringer i kjertelen ved ultralyd
- Symptomer
- Andre anti-stoffer enn Anti-TPO.
- Eller annet...

Denne virusinfeksjonen kan medføre til at man initialt får hypertyreose (man blir 'hyper' og får høyt stoffskifte), og man får gradvis mer og mer fibrose – man blir 'hypo' og får lavt stoffskifte.

Behandling?

Initialt så er det ingen behandling for Hashimoto's sykdom, men:

- Man kan legge til Tyroxin ved symptomer
 - o Hindre og behandle hypotyreose
 - o Reduserer endogen stimulering
- Kirurgi
 - o På dette tidspunkt er ikke Hashimoto's generelt akseptert som indikasjon for kirurgi
 - o Skjer som oftest i kombinasjon med andre diagnoser og plagsomme lokale symptomer
- Ingen behandling for auto-immune symptomer

Normalt sett så er Hashimoto's sett på som et fag innenfor indremedisin, og ikke kirurgisk. Dr Guldvog ønsker med sitt forskningsprosjekt å endre dette.

Hvem gjør dette og hvordan blir prosjektet sponset og/eller finansiert?

Dr Guldvog brenner relativt kraftig for dette prosjektet, basert på tidligere funn hos kirurgiske pasienter. Han har gitt opplæring til to andre leger som kommer til å bringe forsøket og behandlingen videre. Han har tidligere hatt en samarbeidspartner i en professor (husker ikke navn) som dessverre gikk bort tidligere i år. Han har også hatt en del samarbeid med sykehus i Bergen og Stavanger, men kasus og prosjektet er 100% Dr Guldvog og utføres i dag kun ved Sykehuset i Telemark.

Det finnes ingen penger til dette forsøket, alt gjøres av kirurgene og sykehuspersonell ved ubetalt overtid. Dr Guldvog er dog veldig interessert i å få inn midler som kan hjelpe til med forskningen.

Spørsmål fra tilhørerne og svar fra Dr Guldvog

- Hvorfor tar ikke Dr Guldvog blodprøver av FT4 og FT3? **Svar:** Det gjør han. Men fokus går på antistoffer og TSH.
- Hvorfor administrerer Dr Guldvog kun Levaxin, og ikke T3 behandling (syntetisk T3 eller NDT) for de pasientene som fremdeles erfarer problemer? **Svar:** Levaxin (syntetisk T4 hormon) er fullgodt supplement som alle pasientene klarer seg fint på. TSH mellom 0,2 og 2 er det det siktes på.
- Hva med de som ikke klarer å konvertere fra T4 til T3 hormon? **Svar:** det er ytterst få situasjoner hvor dette skjer.
- Har Dr Guldvog hørt om Ord's tyreoiditt? **Svar:** Nei, det hadde han ikke. Men var interessert i å høre mer om det fantes. Han ville også kontakte Patologen ved Sykehuset i Telemark for å sjekke vev - kan det være at pasientene de opererer kan ha Ords istedenfor Hashimoto's? (Ord's "spiser"

opp vevet, mens Hashimoto's gjør vevet større).

(http://en.wikipedia.org/wiki/Ord%27s_thyroiditis)

- Vil operasjonen også være fordel for pasienter med høyt stoffskifte/Graves? **Svar:** Ja, så absolutt.
- Forsvinner antistoffene utelukkende etter operasjonen? **Svar:** Ja, så fremt 100% av skjoldbruskkjertel vevet er fjernet! I enkelte tilfeller der man ser at vev er "glemt" så har antistoffene fremdeles vært på topp. Etter prosjektet så har det ikke vært noen som har måtte reoperere hos Dr Guldvog. Men før prosjektet så har det blitt sett pasienter med antistoffer, der de ved reoperasjon har funnet vev. Etter fjerning har antistoffene blitt borte.
- Er det slik at når man er på Levaxin dose 125mcg, at kjertelen da ikke har produksjon i det hele tatt? Ja, det stemmer.
- Er det slik at pasienten får hypotyreose av å fjerne kjertelen? Nei, pasienten får maks dose av Levaxin (125mcg) og dette er nok til å opprettholde det kroppen trenger av hormoner.
- Hvorfor bruker ikke dr Guldvog T3 i behandling? Svar: Erfa og Armour er blitt uttalt fra en professor i å være «dop». Man får en umiddelbar høy etter inntak av T3 og spesielt NDT. Dette mener han er unødvendig da ytterst få trenger T3 behandling.
- Det ble stilt flere spørsmål& svar, men ikke alle jeg klarer å huske nå, skrev dessverre ikke mye fra dette i mine notater.