



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeföreningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Norsk Thyreoideaforbund ønsker bedre samarbeid med legene

Norsk Thyreoideaforbund er en pasientorganisasjon for alle med sykdom i skjoldkörtelen. Foreningen har over 5 500 medlemmer, regionråd i alle helseregioner og nesten 50 lokallag. Vi kan tilby informasjonsmateriell (www.stoffskifte.org), medlemsbladet *Thyra*, som kommer ut fire ganger i året, og kontakt med likesinnede med samme sykdom. Vi legger stor vekt på likemannsarbeidet og hjelp til mestring av sykdommen.

For noen år siden var situasjonen dessverre slik at mange gikk med diffuse symptomer som tretthet, frossenhet, glemskhet, depresjon, vektøkning, søvnforstyrrelser osv. i årevis uten å få diagnosen lavt stoffskifte (hypothyreose). Mange fikk problemer med å fungere normalt og falt gradvis ut av skole, studier eller arbeidsliv. Vi ser nå heldigvis at de fleste leger oftere tar blodprøver for å sjekke stoffskiftet ved diffuse symptomer, men vi får fortsatt henvendelser fra personer som har gått lenge med symptomer uten å ha fått en diagnose. De blir da oppfordret til å be fastlegen sjekke stoffskiftet. Mange av dem kommer tilbake og tegner medlemskap hos oss.

Å få en diagnose tidlig og optimal behandling betyr for de fleste at de kan leve et normalt liv selv om de har en kronisk sykdom. Thyreoideasykdommer er nesten like utbredt som diabetes, men mye lettere å behandle. Vi er særlig bekymret for at gravide ikke alltid får stilt riktig diagnose, og at gravide med kjent hypothyreose ikke får økt tilførsel av stoffskiftet hormon tidlig i svangerskapet. Dette er svært viktig for barnets mentale og fysiske utvikling.

Forekomsten av stoffskiftesykdom øker med alderen. Mange gamle har for lavt eller for høyt stoffskifte, og begge tilstander gjør at de kan fremstå som demente. Et eldre menneske som begynner å bli glemsk, ukonsentrert og deprimert eller går ned i vekt og virker ubalansert, bør derfor få sjekket stoffskiftet. Også menn kan utvikle en stoffskiftesykdom, og her kan det være store mørketall. De fleste av våre medlemmer er kvinner, og vi opplever ofte at menn ikke finner seg til rette med hvordan kvinner omtaler sykdommen og symptomene.

Foreningen har de siste årene opprettet et eget faglig råd med flere fremtredende leger

som medlemmer, og vi ønsker å få til mer og bedre samarbeid med allmennlegene. Vi kan tilby pasientene et fellesskap hvor de kan lære å mestre sin sykdom på en bedre måte. Vi håper at fastlegene kan tenke seg å ha vårt informasjonsmateriell tilgjengelig for sine pasienter. Det trengs nå en nasjonal handlingsplan for diagnostikk og behandling av sykdom knyttet til skjoldkörtelen – og mer forskning. Mulig screening av særlig utsatte grupper, slik som gravide, deprimerte og eldre, bør utredes. Rettighetene for dem som faller ut av arbeidslivet pga. sykdom i skjoldkörtelen må bli klarere. Vi håper legene vil bruke sin innflytelse til å hjelpe oss i dette arbeidet.

Bente Bakke
Norsk Thyreoideaforbund

Feil om prøver fra navlestrengsblod

I Tidsskriftet nr. 2/2007 er Per Bergsjø sterkt kritisk til rådet om syre-base-analyse av navlestrengsblod som han finner i *Veileder i fødselshjelp 2006* fra Norsk gynekologisk forening (1, 2). Bergsjø kjem med ei rekke urette og dels underlege påstandar.

Han påstår at måling av syre-base-verdiar i navlestrengsblod no er i ferd med å bli rutine ved alle fødsler i Noreg, og at retningslinjene vil føre til «at prøven bør tas ved de fleste fødsler». Dette er ikkje korrekt. I kapittel 41 (2) anbefalar me syre-base-analyse av navlestrengsblod når:

- Det har blitt utført akutt sectio
- Det har blitt gjort operativ vaginal forløyning
- Det har blitt teke føtal blodprøve under fødselen
- Barnet er dårleg ved fødselen

Dette samsvarer med britiske anbefalingar frå 2001 (3) og amerikanske frå 2006 (4). I tillegg tilrår me syre-base-analyse når «Fødselen har blitt overvaka med CTG + ST-analyse» (2). Dette vil langt frå gjelde alle fødsler dersom ein vel å følge tilrådingane i kapittel 21 (2), der me rår til at det *ikkje* vert teke inkomsttest ved normalfødsler, dvs. ved om lag 60 % av alle fødsler i Noreg. Grunngevinga er å unngå unødvendig og uheldig intervensjon ved normale fødsler. Dersom der er indikasjon for kontinuerleg elektronisk fosterovervaking, bør

dette gjerast med kardiokografi + ST-analyse. Det vil gjelde opptil 30 % av fødslane. Dette er overvaking og prøvetaking på indikasjon – ikkje screening

Påvising av metabolsk acidose i navlesnorsarterie er det einaste tidlege objektive målet på surstoffmangel under fødselen, og metabolsk acidose er eit obligat delkriterium i diagnosen intrapartumasfyksi (4, 6, 7). For at varig skade hjå eit barn i form av cerebral parese skal kunne seiast å skyldast surstoffmangel under fødselen, må metabolsk acidose i navlesnorsarterie vere påvist.

Bergsjø avfeier kvalitetssikring som eit «honnørord» og ser det òg som eit problem at det i vegleiaren står at data frå syre-base-målingar er viktig for forskning (2). Forsking på overvakingmetodar for å oppdage utvikling av alvorleg hypoksi slik at ein skal kunne gripe inn tidnok til at barnet unngår skade, må ha objektive mål på endepunktet, nemleg forekomst og grad av hypoksi. Då er syre-base-analyse i navlestrengsblod den einaste objektive måleparameter me har.

Torunn Eikeland
Haugesund sjukehus
Birgitt Haugeberg
Tore Henriksen
Sissel Hjelte
Branislava Yli
Pål Øian

Litteratur

1. Bergsjø P. Unødvendige prøver fra navlestrengsblod. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 204.
2. Sand S, red. Norsk gynekologisk forening. *Veileder i fødselshjelp 2006*. Oslo: Den norske lægeforening, 2006. www.legeföreningen.no/asset/32196/1/32196_1.pdf (8.3.2007).
3. National evidence-based clinical guidelines: The use of electronic fetal monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. May 2001. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001. www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=695 (8.3.2007).
4. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion No. 348, November 2006. Umbilical cord blood gas and acid-base analysis. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 1319–22.
5. MacLennan A. A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. *BMJ* 1999; 319: 1054–9.
6. Low JA. Intrapartum fetal asphyxia: definition, diagnosis, and classification. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 957–9.

>>>