

Kommentar

Det enkleste kan være det beste

Denne kasuistikken belyser på en fin måte noe av kompleksiteten i medisinen. Her beskrives det hvordan en underliggende tilstand svekker pasienten og disponerer for et komplisert forløp. Pasienten hadde en ikke-erkjent hypofysesvikt med dårlig toleranse for stress. Han ble innlagt med hyponatremi, hypotensjon og vondt i brystet. Symptomet brystmerter styrte utredningen mot kjente diagnoser som hjerteinfarkt, lungeemboli, pneumoni, aortadisleksjon eller ufarlig myalgi. Det ble gjort ressurskrevende undersøkelser, men man glemte å vurdere det elementære i anamnesen og de enkle blodprøveresultatene. Et systematisk journalopptak er viktig for ikke å bli forledet av innleggsdiagnose og klinisk intuisjon når man leter etter forklaringer på symptomer. Det kan selvsagt virke søkt å spørre om seksualdrift i en akuttsituasjon, men i dette tilfellet kunne svaret, sammen med funn av nedsatt kroppsbeholdning, ha satt legene på sporet av en viktig underliggende diagnose.

Elektrolyttnivået blir målt hos alle som blir innlagt i sykehus. I en retrospektiv studie fra 2006 fant forfatterne alvorlig hyponatremi ($\text{Na} < 125 \text{ mmol/l}$) hos 6% av pasientene i en indremedisinsk avdeling (1). Tilstedeværelse av alvorlig hyponatremi var forbundet med tredoblet mortalitet, men hyponatremien i seg selv forverret ikke utfallet. Årsaken til hyponatremi var oftest sammensatt – vanligst var bruk av tiaziddiuretika, hjertesvikt og leversvikt. En femdel

av pasientene var hypovolemiske, og ca. 7% hadde hypokortisolisme eller hypotyreose. Ingen tilfredsstilte alle de diagnostiske kriteriene for «uhensiktsmessig høy sekresjon av anti-diuretisk hormon» (SIADH). Hyponatremi er en markør for underliggende sykdom, og årsaken må vurderes nøye før man starter behandling. Behandling av hyponatremi som SIADH, med væskerestriksjon eller tolvaptan, kan være farlig dersom diagnosen er feil. Thyreoideahormonnivået påvirkes av akutt sykdom, og man må være oppmerksom på fenomenet ikke-thyreoidal sykdom (non-thyreoidal illness, NTI), hvor tilstanden leder til nedregulering av frie thyreoideahormoner uten samtidig økning i TSH-nivået (2). Stresshormonet kortisol lar seg lettere bedømme enn thyreoideahormoner ved akutte tilstander der man forventer forhøyede kortisolnivåer som stressrespons. Plasma-kortisol $< 414 \text{ nmol/l}$ ved akutt alvorlig sykdom sannsynliggjør kortisolmangel, noe som enkelt kan bekreftes med intravenøs synacthentest (3).

Selvfølgerlig må akutte koronar syndromer avklares før man tenker på mindre vanlige tilstander. Men når det mest kritiske er utelukket, må man bruke anamnesen, kliniske tegn og funn aktivt for å stille rett diagnose. Det er ca. 30 nye tilfeller av ikke-hormonproduserende hypofyseadenom i Norge i året (4), og disse pasientene må diagnostiseres for å få rett behandling. Det er, som forfatterne poengterer, livsviktig at pasientene

får substitusjonsbehandling med kortison før oppstart av tyroksinbehandling.

Anders Palmstrøm Jørgensen
andjoe@ous-hf.no
Endokrinologisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Anders Palmstrøm Jørgensen (f. 1965) er spesialist i indremedisin og i endokrinologi. Han jobber ved Seksjon for spesialisert endokrinologi og i en 50% forskerstilling på ph.d.-programmet med temaet effekter av veksthormonbehandling hos voksne. Fra 2011 er han leder av Norsk endokrinologisk forening.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Clayton JA, Le Jeune IR, Hall IP. Severe hyponatraemia in medical in-patients: aetiology, assessment and outcome. *QJM* 2006; 99: 505–11.
2. Docter R, Krenning EP, de Jong M et al. The sick euthyroid syndrome: changes in thyroid hormone serum parameters and hormone metabolism. *Clin Endocrinol [Oxf]* 1993; 39: 499–518.
3. Cooper MS, Stewart PM. Corticosteroid insufficiency in acutely ill patients. *N Engl J Med* 2003; 348: 727–34.
4. Nielsen EH, Lindholm J, Laurberg P et al. Non-functioning pituitary adenoma: incidence, causes of death and quality of life in relation to pituitary function. *Pituitary* 2007; 10: 67–73.

Mottatt 22.9. 2011, godkjent 23.9. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.