

Kynkirtlavanseyting og testósterón



Magnús Jóhannsson

læknir

magnus@landlaeknir.is

Anna Björg Aradóttir

sviðsstjóri

Lárus Guðmundsson

lyfjatræðingur

Ólafur Einarsson

verkefnisstjóri

Á undanföllum árum hefur orðið mikil aukning í ávísunum á lyf sem innihalda testósterón, sjá meðfylgjandi töflur. Fjöldi einstaklinga sem fá ávísað testósteróni hér á landi er margfaldur á við það sem þekktist í nágrennalöndum okkar og á það við bæði um karla og konur. Fjöldi karla sem fengu lyfinu ávísað hér á landi nærri tvöfaldaðist á árunum 2005-2015 en fjöldi kvenna hefur lítið breyst (tafla I).

Tafla I sýnir fjölda einstaklinga sem fengu ávísað testósteróni á árunum 2005, 2010 og 2015:

	2005	2010	2015
karlar	728	926	1321
konur	142	143	134
samtals	870	1069	1455

Samkvæmt þessu hefur fjöldi karla sem fékk lyfjunum ávísað aukist um 80% frá 2005 til 2015 en konum fækkaði lítillega. Ávísaðir dagsskammtar (DDD) á 1000 íbúa jukust um 85% fyrir karla en minnkuðu um 16% fyrir konur á sama tímabili. Ávísanir lyfjanna eru að mestu bundnar við heilsugæsluna á þessu tímabili.

Skilgreiningar

Kynkirtlavanseyting (*hypogonadism*) verður þegar framleiðsla testósteróns í líkamanum er ófullnægjandi. Eðlilegt er að framleiðsla testósteróns minnki með hækkandi aldri en sú minnkun er eðlileg

og fellur ekki undir skilgreininguna á kynkirtlavanseytingu. Testósterón hefur mikil og margvísleg áhrif á hin ýmsu líffæri og skortur á því veldur þess vegna ýmis konar óþægindum.

Greining

Greining byggist á sjúkdómseinkennum og testósterónmælingum í blóði. Helstu einkennin eru minnkuð kynhvöt og kyngeta, þunglyndi, svefntruflanir, aukin hætta á sykursýki, minnkaður vöðvamassi, aukin innnyflafita, hækkaðar blóðfitur, minnkaður beinmassi, aukin hætta á hjarta- og heilaáföllum og fleira mætti telja. Þessu fylgja skert lífsgæði og aukin dánartíðni. Testósterón í blóði þessara sjúklinga er lágt miðað við aldur en ekki er almenn samstaða um hvar eigi að draga mörkin. Testósterónmælingar eru erfiðar og oft mikill munur á milli rannsóknastofa og flestir sjúklingar eru með verulega dægursveiflu sem taka þarf tillit til. Greining testósterónskorts er þess vegna erfið, huga þarf að ýmsum mismunagreiningum og talsverð hætta er á ofgreiningum.

Algengi

Erfitt er að átta sig á algengi kynkirtlavanseytingar og þegar birtar heimildir eru skoðaðar má sjá mjög misvísandi tölur enda eru skilgreiningar og skilmerki á reiki. Algengi testósterónskorts er mun hærra hjá þeim sem eru með offitu, háþrýsting, sykursýki og fleiri kvilla.

Meðferð og aukaverkanir

Þegar búið er að greina sjúkdóminn er meðferðin venjulega gjöf testósteróns. Hér á landi eru á markaði tvö sérlyf sem innihalda testósterón, Nebido stungulyf til gjafar í vöðva og Testogel hlaup til að bera á húð. Meðferð með testósteróni er alls ekki hættulaus og henni geta fylgt

alls kyns aukaverkanir, sumar hættulegar (sjá til dæmis sérlyfjaskrá). Það vekur athygli hve margar konur fengu ávísað testósteróni en á árinu 2014 voru þær 164 á Íslandi eða ein á hverjar 1000 konur (tafla II). Engin viðurkennd ábending er fyrir notkun testósteróns hjá konum en slíkrir notkun fylgja venjulega skeggvöxtur, raddbreytingar, þrymlabólur og fleira.

Tafla II sýnir fjölda einstaklinga/1000 íbúa sem fengu testósterón árið 2014 í Danmörku, Noregi og á Íslandi.

	Danmörk	Noregur	Ísland
karlar	1,04	3,65	7,37
konur	0,05	0,52	1,01

Ofnotkun og misnotkun?

Þessi mikla og vaxandi notkun testósteróns á Íslandi, sem er margfalt meiri en í Danmörku og Noregi, hlýtur að vekja ýmsar spurningar. Einnig blasir við sú staðreynd að notkun testósteróns hefur tvöfaldað á undanföllum 10 árum hjá körlum en hefur staðið að mestu í stað hjá konum. Töluvert er um að vaxtarræktarmenn og sumir aðrir íþróttamenn misnoti testósterón en lyfið er á bannlista hjá íþróttahreyfingunni. Ekki er hægt að útiloka að hluti aukningarinnar sé til kominn vegna ásóknar þessara hópa í lyfin. Annar og sennilega nærtækari möguleiki er að aukningin og hin mikla notkun hér á landi sé vegna vangreininga testósterónskorts á árum áður eða ofgreininga á síðari árum, nema hvort tveggja sé.

Ástæða er til að hvetja lækna að vanda sig við greiningar á kynkirtlavanseytingu og fást ekki við slíkar greiningar nema þeir hafi til þess alla burði. Ekki skal gert lítið úr því að kynkirtlavanseyting er heilbrigðisvandamál sem mikilvægt er að greina og meðhöndla, og þannig bæta heilsu og lífsgæði sjúklinganna, en sú mikla og vaxandi notkun sem hér er lýst hlýtur að kalla á skýringar.