

EDTA NYT

17. årgang

Nr. 3 - September 2011

Udgivet af Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA



„Et lægeligt alternativ“

af Speciallæge i Alm. Medicin Claus Hancke

Ny rapport viser atter overbevisende sikkerhed ved indtagelse af kosttilskud, vitaminer, mineraler, urter og aminosyrer

Vitalrådets Nyhedsbrev 7.februar 2011

Ingen dødsfald som følge af vitaminer, mineraler, aminosyrer eller urter

Med fare for at gentage vort nyhedsbrev fra 21. januar 2010, vil vi alligevel henlede opmærksomheden på nyeste udgave af den årlige rapport fra American Association of Poison Control Center om alle forgiftningstilfælde i USA.

National Poison Data System er med sine 57 giftcentre og 30 medicinske og kliniske toksikologer et overordentligt pålideligt overvågningssystem, og den seneste rapport dækker nu år 2009, og er publiceret i tidsskriftet Clinical Toxicology.

Falske advarsler. Når vi igen må gøre opmærksom på sikkerheden ved indtagelse af disse vitaminer, mineraler, urter og kosttilskud, så er det aktualiseret af den stadige strøm af forvredne advarsler fra mere eller mindre neutrale kilder inden for den ortodokse medicinske verden. Og det er ikke mærkeligt, at det specielt er i Danmark, at disse skæve budskaber finder frem til medierne, da vi her har verdens mest restriktive administration af de regler, som gælder i EU på dette område. Imidlertid adskiller USA sig fra Danmark ved, at en større del af den amerikanske befolkning (60 % eller over 200 millioner mennesker) indtager betydeligt større mængder tilskud og af en helt anderledes potent art og dosering, end det overhovedet er muligt at købe herhjemme. Til trods for dette enorme indtag af stærke tilskud, har rapporten ikke registreret ét eneste dødsfald som følge af disse hundreder af milliarder årlige doser tilskud. Dette skal sammenholdes med, at indtagelse af almindelig medicin i de lægeordnede doser er den fjerde hyppigste dødsårsag i USA.

Frihed kontra formynderi. Vi ser således, at selv i et land med en meget liberal holdning til kosttilskud,

vitaminer, mineraler og urter, sker der intet ved at give landets borgere frihed til information om-, og ret til at købe de tilskud, som de selv måtte ønske at indtage. I en formynderstat som Danmark må befolkningen ikke engang få information om et kosttilskuds gavnlige virkning på en sygdom, uden at det bliver fjernet fra butikkerne af myndighederne. Dette selv om denne gavnlige effekt er dokumenteret.

I USA kan man derimod i enhver helsekostforretning købe midler, som i Danmark er på recept (f.ex. melatonin) eller direkte forbudt (f.eks. alfa liponsyre). Der var alligevel ikke ét eneste dødsfald forårsaget af sådanne tilskud i hverken 2008 eller 2009, og ingen dødsfald forårsaget af nogen aminosyre eller naturlægemidler. Det bør bemærkes, at dette inkluderer stoffer som cohosh, echinacea, ginkgo biloba, ginseng, kava kava, perikon, baldrian, yohimbe, kinesisk medicin, ayurvediske medicin, og al anden botanisk medicin. Der var heller ingen dødsfald som følge af kreatin, blå-grønne alger, glucosamin, chondroitin, melatonin, eller homøopatiske midler. Ej heller var der dødsfald forårsaget af mineraltilskud som calcium, magnesium, krom, zink, kolloidalt sølv, selen eller multimineral kosttilskud.

Hvor er medierne?

For et år siden skrev vi et nyhedsbrev over samme rapport fra året før, men med samme resultat: Enestående sikkerhed. Alligevel blev denne ikke refereret i ét eneste af de selvsamme medier eller nyhedsbreve, som ellers lægger spalteplads til de lobbyister, som advarer mod de samme tilskud.

Litt:

Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR Jr, Green JL, Rumack BH, Giffin SL.

2009 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers'

National Poison Data System: 27th Annual Report. Clinical Toxicology (2010) 48,

979-1178. (De nævnte data findes specielt på siderne 1138-48 og i tabel 22B.)

EDTA-NYT

Udgiver: Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA.

Ansvarshavende: Willy Odgaard Christensen.

Lay-out: Kennerh Svendsen.

Forsidefoto: Nordskoven ved Rønne på Bornholm, november 2008

Foto: Keld Kofoed Hansen.

Oplag: 1.500 eksemplarer - Tryk: Strandbygaard Grafisk, Skjern - Næste nr. udkommer dec. 2011 - ISSN: 1600-3047

Læsernes *egne sider*

Læserbrev fra Jan Andersen
den 28. juli 2011.

Dels for at følge op på foreningens gode initiativ mht. etablering af en læserbrevsklumme, dels for samtidig at opnå mulighed for at stille direkte spørgsmål til de behandlende og udførende læger, vil jeg gerne, at følgende læserbrev, såfremt der er plads, bliver optaget i den nye læserklumme – NOGET NYT. Jeg håber, at lægernes kommentar eller svar vil have mange EDTA patienters interesse.

Er der sket noget revolutionerende siden fødslen af EDTA?

Her tænker jeg både på det formål, at gøre behandlingen lettere såvel økonomisk som enklere rent tids- og opholdsmæssigt. Jeg selv har nu snart i 25 år gået til EDTA-behandling. Bortset fra at jeg næppe i dag havde været i live, hvis jeg ikke troligt havde fulgt behandlingsforløbet, og det er jeg selvfølgelig mere end lykkelig for, så er behandlingsforløbet stadig helt det samme. Man sidder mere eller mindre inaktiv og stille i tre timer og modtager intravenøst EDTA stoffet, med de additiver der følger med. Denne timelange behandlingstid har ikke ændret sig, siden jeg startede i 1989. Er der virkelig ikke, som i mange andre ikke mindst medicinsituationer, sket nogen udvikling, så man – OK jeg er på ingen måde medicinkyndig – evt. i forløbet af de mange behandlinger, i slutfasen kunne koncentrere EDTA stoffet, så behandlingstiden kan reduceres til f.eks. 2-2½ time. Dels ville det give fysisk plads til endnu flere, dels ville den deraf økonomiske besparelse betyde, at endnu flere kunne modtage denne livsforlængende behandling. Det kunne måske også af den grund betyde, at de besluttende politikere langt om

længe kunne få øjnene op for, hvilken positiv effekt EDTA har på hjertepatienter og derfor aktivere en fremtidig offentlig støtte.

Vi lader billedet stå et øjeblik for så at se på et andet problem. Efter et vist antal indledende behandlinger fortsætter stort set alle i en efterbehandlingsfase. Kunne videnskaben, det gør den jo i masser af tilfælde, ikke forske og udvikle en simplere efterbehandlingsmetode? Hvad med en suge- eller depottablet indeholdende EDTA stoffet. Jeg er bekendt med, at en så simpel løsning ikke giver samme virkning som en tretimers intravenøs behandling. Men tænk på, at hvis suge- eller depottablet-løsningen eksisterede, havde man mulighed for op til flere måneders daglige indtag af en eller flere tabletter for helt at erstatte blot en enkelt ordinær 3 timers behandling. Ved brug af sugetablet løsningen opnår man tillige, at stoffet kommer i umiddelbar berøring med områder i mundhulen, som yderst let og hurtigt optager medicinen. Der er desværre en enkel effekt, man ikke opnår via tabletmetoden, nemlig selve stødvirkningen som udelukkende opnås via en længerevarende intravenøs påvirkning. Men det er måske noget, der allerede forberedes eller forskes i?

Hvad siger lægerne?

Med venlig hilsen

Jan Andersen

kirstenjan@webspeed.dk

Patientforeningens svar:

Kære Jan Andersen!

Tak for din mail og dit læserbrev.

Du skriver bl.a. om foreningens gode initiativ mht. etablering af en læserbrevsklumme.

Dette initiativ skal du have æren for, med dine forslag og bemærkninger i mail af 2/3.11 har du været med til skubbe bestyrelsen i den rigtige retning, tak for det.

Dit læserbrev vil blive optaget i det næste EDTA-NYT.

Hele indholdet i dit læserbrev synes jeg virkelig er meget relevant at få med i bladet.

Mange hilsener

Willy Odgaard Christensen

Læserbrev fra Agnes Brabæk den 8. juli 2011.

Til redaktionen for EDTA-NYT

Vil I godt optage nedenstående læser brev i næste nummer:

Tak for den nye læserside i bladet. Det er godt at vi får lidt kontakt mellem medlemmerne af patientforeningen, når vi nu bor så spredt i landet.

I nr. 2 juni 11, opfordrer Yvonne Gommesen til at vi forsøger at udbrede kendskabet til vores fremragende behandling og gøre den tilgængelig for alle. Det synes jeg er en rigtig god idé. Nu er det en del år siden det sidste forsøg blev gjort på at få godkendt EDTA. Lad os forsøge igen, særlig nu hvor det igen er fremme, hvor stærkt vores modstandere er involveret privat økonomisk med medicinalindustrien, er der måske mulighed for, at der vil være lydhørhed for EDTA.

Jeg har fået EDTA i 8 år, i alt ca. 65 behandlinger. For 12 år siden fik jeg en blodprop i hjernen. Efterfølgende skanning viste 70 % forsnævring af halspulsåren.

Jeg fik at vide, at det ville medføre en perlerække af blodpropper gennem de nærmeste år. Operation ikke mulig. Det ville skade hjernen. Men om ca. 10 år, når tingene havde udviklet sig, kunne de da forsøge operation.

Både min skanning og den efterfølgende sygdomsprognose fik jeg hos nogle af landets mest respekterede specialister på området.

Et par år senere hørte jeg om EDTA og nåede at starte behandling før næste blodprop.

En tungmetalforgiftning, som Kalundborg Sygehus klarede ved at smide mig ud med et hånligt skuldertræk, da de ikke kunne stille en diagnose, fik jeg også diagnostiseret og kureret med EDTA.

I de forløbne år har jeg jeg ikke haft blodpropper. Udposningen af pulsåren, som kunne ses og mærkes på halsen, er skrumpet betydelig. Jeg er stoppet med blodtryksmedicin. Mit blodtryk er nærmest for lavt.

Min mand der fik hjerteproblemer og en ballon-udvidelse for 11 år siden har fået EDTA i 6 år. Han startede behandlingen da det trak op til en ny ballonudvidelse.

Det blev ikke til noget, efter han påbegyndte EDTA-behandling. Han har klaret sig fint siden. Jeg vil gerne deltage i arbejdet med et nyt fremstød for at udbrede kendskabet til EDTA, og for at få vores behandling godkendt.

Venlig hilsen:

Agnes Brabæk

Glentevej 15, 4291 Ruds Vedby,

tlf. 58261182 Mobil 28882112

mail: agnes.brabaek@hotmail.com

Patientforeningens svar:

Kære Agnes Brabæk!

Tak for dit læserbrev til det næste nr. af EDTA-nyt. Det er jeg meget glad for.

Tak også for dit engagement og din interesse for EDTA. Det vil være fint hvis du har lyst til at gå ind i bestyrelsen. Vi har ingen suppleanter til bestyrelsen for øjeblikket, så du er særdeles meget velkommen.

Jeg vedlægger en Dvd med filmen "EDTA en hjertesag" spilletid ca. 1 time, samt bogen EDTA mod åreforkalkning.

Hvis du ønsker yderligere oplysninger er du velkommen.

Med venlig hilsen

Willy Odgaard Christensen

Mette Hansen
med E-mail: mmhmette@mail.dk
skrev den 22. juni 2011.
vedr. nylig korrespondance med Jan Andersen:

Hej!

Jeg læste med interesse ovennævnte korrespondance. Jeg er stort set enig i Jan Andersens betragtninger og noget forbløffet over, at bestyrelsen slet ikke mente, den kunne inspireres.

Kan det virkelig passe?

For at føje til Jan Andersens kommentarer vil jeg foreslå, at man måske kunne kontakte f.eks. Jyllands-Posten. På hverdage har de et magasin PULS - der om fredagen dækker sundhed.

Kunne man tænke sig at tage en snak med Jyllands-Posten om en reportage om EDTA?

Jeg har været medlem i nogle få år, og på det seneste har der indsneget sig en følelse af, at Patientforeningen udviser lidt af en offermentalitet. Det håber jeg sandelig ikke er rigtigt, da det er dræbende for al videre udvikling.

Med venlig hilsen

Mette Hansen
Kundenr. 1173

Patientforeningens svar:

Kære Mette Hansen!

Jeg har med interesse læst dine bemærkninger i mail fra den 22. juni 2011.

Din forbløffelse over, at bestyrelsen slet ikke mener at kunne blive inspireret deler jeg ikke. Det vi mente og skrev til Jan Andersen var: At hans forslag ikke tilføjer noget nyt, der kan inspirere bestyrelsen.

Det er min opfattelse at den samlede bestyrelse generelt er modtagelig for inspiration.

Til dit forslag om at kontakte Jyllands-Posten vedrørende EDTA kan jeg oplyse, at vi tidligere har erfaret at Jyllands-Posten overhovedet ikke vil skrive om EDTA sagen fordi behandlingen ikke anerkendes af sundhedsmyndighederne.

Du skriver, at du har en følelse af, at EDTA udviser lidt af en offermentalitet.

Hvis du dermed mener, at EDTA patientforeningen føler sig uretfærdigt behandlet, fordi det danske sundhedsvæsen ikke vil anerkende EDTA behandlingen, så har du ret i din udtalelse.

Patientforeningen er vidne til, at flere patienter med dårlig kredsløb til benene har henvendt sig til os og oplyst, at den eneste behandling det offentlige sundhedssystem kunne tilbyde var amputation.

Det synes vi er uretfærdigt overfor de patienter, der ikke selv har råd til at betale for EDTA behandlingen. Amputation burde være den sidste udvej, når andre behandlingsformer er udtømte.

Hvis forannævnte ikke er tilstrækkeligt uddybende, er du velkommen til at henvende dig igen.

Med venlig hilsen

Willy Odgaard Christensen

Til "Læsernes egen side"

Yvonne Gommesen

skrev den 29. juli 2011. vedr. Jan Andersens indlæg i EDTA-nyt nr. 2, 2011 følgende:

Hej EDTA-bestyrelse.

Jeg undrer mig da en del over, at I enigt nedstemmer Jan Andersen's mange forslag. Han fremkommer da med en mængde brugbare idéer - og i selv samme blad, som jeg læser om Jan's mange idéer - starter I jo alligevel op med én af hans idéer. Det er da i hvert fald hans idé med en klumme med læserbreve, ikke???

Jeg savner, at Jan havde underskrevet med en mailadresse, så vi andre læsere kunne kontakte ham!

Desuden savner jeg, at der også kommer foredrag på Fyn om EDTA.

Og HJÆLP mig - vi skal have en god regulær EDTA-læge til Fyn. Det er svært at kæmpe for noget, når patienterne skal køre langt for at få en behandling. Hvis I kender en læge der kan overtales - så gør jeg gerne min del af arbejdet!!!

med venlig hilsen

Yvonne Gommesen

Skibsbakken 13 - Åbyskov - 5881 Skårup

+4562231393 - +4540432595

yvonnegommesen@gmail.com

Patientforeningens svar:

Kære Yvonne Gommesen!

Tak for mail fra den 29. juli 2011, og for dit engagement og interesse for EDTA - sagen.

Du undrer dig en del over, at bestyrelsen nedstemmer Jan Andersens mange forslag.

Det er ikke helt rigtig, at bestyrelsen har nedstemt forslagene fra Jan Andersen.

Bestyrelsen og generalforsamlingen vedtog, at forslagene fra Jan Andersen ikke tilfører noget nyt, der kan inspirere bestyrelsen. Men det er rigtigt, at Jan Andersen har med sine forslag og bemærkninger været med til at skubbe bestyrelsen i den rigtige retning, - så Jan Andersen skal have æren for etableringen af læserbrevsklummen.

Jan Andersen har givet tilladelse til videregivelse af hans E-mail adresse, til dig, den er: jan andersen (kirstenjan@webspeed.dk)

Vi vil forsøge at få et foredrag om EDTA på Fyn til næste år. Det er ikke så let at få EDTA lægerne fra Sjælland til at tage til Fyn, og holde foredrag, patientforeningen har jo ikke råd til at betale honorar og rejseudgifter, og Knut Flytlie er ved at nedtrappe.

Bestyrelsen vil meget gerne hjælpe dig, med at få en god og regulær EDTA-læge til Fyn.

Dette har bestyrelsen arbejdet på for flere år siden.

Det lykkedes også i 2008, at få Homøopatisk læge Birgit Aalborg Funch, Odense, til at

udføre EDTA behandling. Hun har efterfølgende desværre ikke deltaget i den påkrævede, supplerende medicinske uddannelse, derfor har vi slettet hende af vor læge-liste.

På nuværende tidspunkt anser bestyrelsen det for næsten håbløs, at få en EDTA læge etableret på Fyn.

Tak fordi du tilbyder at gøre din del af arbejdet med at skaffe en EDTA-læge til Fyn, det er jeg glad for.

Så til noget helt andet: Jeg synes det vil være rigtig fint, hvis du vil gå ind i bestyrelsen, hvor du kan gøre din indflydelse gældende med nye ideer og tiltag.

I øjeblikket har vi ingen suppleanter til bestyrelsen.

Mange hilsener

Willy Odgaard Christensen

Udover de forannævnte modtagne tilkendegivelser og bemærkninger til Jan Andersens indlæg er der også fra et af patientforeningens mandlige medlemmer modtaget en meget kort mail om, at han tilsluttede sig 100 % til Jan Andersens synspunkter og holdninger. Denne mail forsvandt pludseligt fra min computer inden jeg nåede at se hans adresse, hvilket jeg beklager.

Willy Odgaard Christensen.

Kirsten Bjørg Reerslev
[reerslev@stofanet.dk]
Skrev den 29. marts 2011 angående
medlemsmøde i Sygeforsikringen
”Danmark”

Kære Willy Odgaard

Ja, så var der jo medlemsmøde i ‘danmark’ i aftes og jeg fremlagde mit forslag. Efter at have fortalt hvorfor jeg synes, at EDTA skal have tilskud, viste det sig, at jeg blev opfordret til at fortælle mere uddybende om behandlingen. Da formanden derefter havde sagt det forventelige, at ‘danmark’ afventer den store undersøgelse i USA og i øvrigt ikke mente, at der var mere at sige til den sag, viste det sig, at han tog fejl.

Spørgelysten fortsatte og flere havde allerede nedskrevet EDTAs hjemmesideadr. Tre personer fra lokalbestyrelsen kom og takkede mig for at have taget emnet op, og de to af dem angav engageret at ville arbejde videre på mit forslag. Som følge af, at jeg i forbindelse med EDTA-beh. bl.a. havde nævnt, at den var uden bivirkninger, hvilket man jo ikke kan sige om præparater så som Simvastatin, havde flere bidt mærke i det. Den ene fra lokalbestyrelsen, viste det sig, havde selv opgivet Simvastatin p.g.a. bivirkninger, så han fik også en god snak med en af mine ‘medpt.’, som heldigvis var kommet for at støtte mig. Hans historie var sandsynlig medvirkende til, at samme lokalbestyrelsesmedlem allerede i dag har haft kontakt til Villy.

Nu er det så spændende at se, hvor mange der dukker op til Villys møde i Brønderslev den 13. april.

Så heraf må du forstå, at jeg er vældig tilfreds.

Venlig hilsen.
Kirsten.

I samme spor!

Af Erik Højstrup Christensen.

I over 20 år har danske borgere der har lidt af åreforkalkning, og med de lidelser det medfører, fået stor hjælp til et bedre liv, når de har frekventeret de læger, der har benyttet sig af EDTA behandlingen, som kom til Danmark i slutningen af 1980'erne.

Utallige er de beretninger om positive resultater fra behandlede medborgere. Ligesom mange patienter udtrykker deres store overraskelse over, hvor kraftig (svær) forkalkningen er i %, før man bliver mærket af eller får symptomerne på åreforkalkningen og dets sygdomme. Tit er en blodprop det første varsel om tingenes tilstand.

Efterhånden er diabetes også blevet en god markør for åreforkalkning.

Siden jeg i 2004 påbegyndte min EDTA behandling, efter der var konstateret kraftig åreforkalkning i mine blodårer, og hvor såvel bypass operation eller ballonudvidelse ikke var mulig, og der kun kunne stilles medicinsk behandling i udsigt, er det lykkedes for mig at „få livet tilbage“. Hvilket har givet udslag i de ting en bedste-far gerne vil gøre sammen med sit barnebarn! (spille fodbold, gå i badeland og svømme, lege i sneen, spadsereture, og ikke mindst lære ham kunsten at begå sig på en cykel i trafikken).

Min huslæge tog sidste år en bunke blodprøver mv. til mit årlige helbredscheck, og konstaterede, at „mine tal“ var som en på 50 år!! Hvilket jo glæder en mand på 80 år.

Dette kan sætte tanker i gang. For når EDTA behandlinger kan afhjælpe åreforkalkning, når denne er blevet til gene, må EDTA vel også kunne afhjælpe den åreforkalkning som endnu ikke har givet de klassiske symptomer.

Jeg mindes en artikel i „DAGENS MEDICIN“, som berettede om scanningen af blodårer hos borgere i USA, og som så viste en forkalknings %. Og hvor behandlingen var de lidt populære statiner (kolesterolsænkende medicin) med de alvorlige bivirkninger.

Herhjemme er lignende tests (forsøg) lavet på offentlige sygehuse, og bekostet af medicinindustrien. Jeg har dog ikke den store tillid til resultaterne, da jeg var i statinbehandling inden jeg påbegyndte EDTA behandlingen.

EDTA PATIENTFORENINGEN har i november 2010 på foranledning af dennes næstformand, Svend Åge Nielsen og Tom Soelberg, formand for Støtteforeningen for Hobro Sygehus, sendt en henvendelse til Peter Skaarup, næstformand i Dansk Folkeparti.

I henvendelsen tilbød Svend Aage Nielsen at investere i en videnskabelig undersøgelse af EDTA-behandlingen på et offentligt hospital idet han vil sponsorere en scanner, mod at patienterne scannes før og efter EDTA behandling. Her i august 2011 har Peter Skaarup endnu ikke givet noget svar på Svend Aage Nielsens generøse tilbud.

Men er der en ærlig vilje tilstede, kan en sådan scanner vel opstilles på et privathospital, og man kunne blive henvist dertil af egen læge.

Når man som patient offentligt er villig til at berette om sin sygdom og om EDTA behandlingen, bliver man tit stillet mange forskellige spørgsmål.

INTERNETTET giver jo mulighed for, at alle kan benytte sig af diverse søgemaskiner for at søge viden om EDTA. **EDTA forespørgsel** gav netop ca. 14.600,000 svar.

En stor del af disse hjemmesider er lavet og vel også betalt eller sponsoreret af firmaer eller læger. I lighed med vore egne EDTA lægers hjemmesider, som vi har tillid til!

Med venlig hilsen

Erik Højstrup Christensen

Bakkevej 36, Dommerby - 7840 Højslev

Tlf. 97535428 - Mobil 22432071

erikhc@jyde.dk

Kære læser

Vi er meget interesserede i at høre, hvad du synes om EDTA-NYT.

Hvis du har ris, ros eller forslag til forbedringer af bladet, er du altid velkommen til at kontakte os.

Du kan fange os på tlf. 86 52 19 19 eller på e-mail: woc@vip.cybercity.dk

Magnesium gavner astmatikere

Næsten alle får langt mindre magnesium i kosten, end folk fik før. Det lader til, at dette forringer tilværelsen stærkt for astmatikere. Men problemet er næsten ikke undersøgt.

Man skal tage magnesium alvorligt. Det er et livsvigtigt mineral, men mange får langt mindre end de 3-400 milligram om dagen, man anser for tilstrækkeligt. Før industrialiseringen fik man gennemsnitligt ca. 500 mg om dagen (nogle har sagt 1.000). I dag får mange mindre end 250.

Flere rapporter har de senere år sat mangel på magnesium i forbindelse med astma og allergi. I 1994 viste en engelsk undersøgelse f.eks., at jo mere magnesium astmatikere fik, jo bedre var deres lungefunktion. De, der fik 500 mg om dagen, havde 25% bedre lungefunktion end dem, der fik 400 - bedømt ved den mængde luft man kan puste ud på ét sekund.

Astma var ikke ret almindeligt før i tiden. I dag er det en frygtindgydende udbredt sygdom. Ca. hver tiende danske skolebarn har astma. I Aberdeen og Philadelphia har hver fjerde barn i otte-årsalderen det. Hyppigheden er her i landet mere end tredoblet siden 1970-erne, og ingen har nogen fornuftig forklaring. Hvad nu, hvis magnesiummangel er en del af årsagen?

Under et astmaanfald trækker bronkierne sig sammen, så luften hverken kan komme ud eller ind – især ikke ud. Men allerede i 1912 viste den berømte læge Trendelenburg – det var ham, der fandt på, at man skal have benene i vejret, hvis blodtrykket falder - at magnesium har den modsatte virkning. Det udvider bronkierne. Det var på køer, men i 1936 blev det også påvist på mennesker.

Alligevel er der kun foretaget siger og skriver to lodtrækningsforsøg for at undersøge virkningen på astma. Det ene (fra 1997) viste, at magnesium mindsker symptomerne. Det andet (fra 2003) viste ingenting, hvilket antageligt skyldtes, at patienterne fik så megen medicin, at der ikke var noget at forbedre.

Mindre allergi

Nu har et hold brasilianske læger gjort et tredje forsøg. De har undersøgt 37 børn og unge (7-19 år) med vedvarende moderat astma og allergi. Alle fik medicinsk behandling i form af en astmaspray

med et bronkieudvidende stof foruden binyrebarkhormon. Desuden havde de en akut-virkende spray til brug ved forværring.

Denne behandling blev hos de 18 af børnene suppleret med 300 mg magnesium dagligt i to måneder. Resten fik placebo („kalkpiller“). Hvem der fik hvad, afgjorde man ved hemmelig lodtrækning.

Magnesium hjalp. De, der fik magnesium, havde i de to måneder betydeligt færre dage med astmaforværring (hhv. 12 og 17). Trods dette havde de også væsentligt færre dage, hvor de tyede til den akut-virkende spray (hhv. 7 og 12). Selv om forsøget var lille, var forskellene statistisk uhyre sikre. I tilgift reagerede de behandlede langt mindre på de traditionelle priktest i huden, man bruger til at undersøge for allergi. De blev faktisk mindre allergiske! Endelig kunne man direkte måle, at deres bronkieslimhinder var langt mindre irritable.

Konklusionen er indlysende:

Trendelenburgs gamle opdagelse holder med stor sikkerhed vand. Men magnesium er et meget billigt mineral (en depottablet med 360 mg koster lidt over en krone), som ingen kan tage patent på. Hvem vil betale for yderligere undersøgelser?

Niels Hertz

Referencer:

- 1.Gontijo-Amaral C et al. Oral magnesium supplementation in asthmatic children: A double-blind placebo controlled trial. *European Journal of Clinical Nutrition* 2007; 61:54-60.
- 2.Britton J et al. Dietary magnesium, lung function, wheezing, and airway hyperreactivity in a random adult population. *Lancet* 1994;344:357-62

Yderligere oplysninger:

Speciallæge Claus Hancke
Speciallæge Niels Hertz
Vitalrådet

Lyngby Hovedgade 37 - 2800 Kgs. Lyngby



Tumormarkører

Af Claus Hancke

Hvad er en markør?

Når man som læge ønsker at indlede en behandling af en sygdom, så vil man også gerne vide, om behandlingen har en effekt. Derfor vil vi altid gerne finde en eller anden parameter, som ændres efter sygdommens aktivitet. En sådan parameter kalder vi en ”markør”.

Når jeg f.eks. fjerner åreforkalkning i en pulsåre, som fører blod ned til en fod, der er truet af amputation på grund af koldbrand, så kan jeg ikke vente i månedsvis på resultatet.

Jeg vil gerne have en målbar parameter – en markør, som jeg kan bruge i behandlings-forløbet, så jeg kan se, om vi er på rette spor, eller om der skal justeres på behandlingen. Det gør jeg ved at måle trykket på ankelens puls-årer, og se det i forhold til blodtrykket på armen.

Vi kalder det ”ankel/arm-ratio”, og det er så en markør ved behandling af åreforkalkning i benene. En anden markør kunne være patientens gangdistance målt i meter. –Altså: Hvor langt kan han gå, før han må stoppe op på grund af smerter i benene.

En markør er således en eller anden målelig værdi, som ændrer sig igennem et sygdomsforløb.

Behandling af kræftsygdomme er fuld af håb, men også skuffelser og præget af mange eksperimenter og usikkerhed om behandlingerne.

Dette gælder hvad enten behandlingen foregår i alternativt regi eller på den mest avancerede onkologiske afdeling.

Behandlingerne er langvarige, og recidiv kommer snigende. Derfor er der et udtalt behov for en markør, når man behandler kræftsygdomme.

En markør, som undervejs i behandlingsforløbet - og senere igennem hele observationsforløbet, kunne sladre, om behandlingen har været en succes eller fiasko. Altså for eksempel en blodprøve, som kunne fortælle, om kræften var ved at vågne til ny aktivitet.

Men så let er det ikke

Man må huske på, at det ikke blot er af akademisk interesse, at man tager en sådan markør. Svaret på en sådan markør kan have særdeles omfattende

konsekvenser, hvis den skal anvendes terapeutisk. Det er jo ikke ligegyldigt, om man f.eks. skal have fornyet kemoterapi eller ej.

For at kunne anvende en sådan markør er det derfor uhyre vigtigt, at den bruges korrekt. Det betyder, at man nøje må vide hvilken sikkerhed, prøven har. Hvor præcis er den? (Laboratorie-præcision og naturlig, individuel variation)

Kan man regne med at den altid vil reagere? (Falske negative)

Kan man regne med at en stigning altid betyder øget canceraktivitet, eller er resultatet påvirkeligt af andre faktorer? (Falske positive)

Disse ting må man nøje gøre sig klart, før man tager de såkaldte tumormarkører i brug, og specielt før man tager konsekvensen af svaret.

Hvad er de såkaldte ”tumormarkører” for noget?

En tumormarkør er i virkeligheden en hvilken som helst parameter, som er påvirkelig over for ændringer i en kræftsygdoms aktivitet.

Således kan et røntgenbillede af lungerne være en markør for knudens vækst. En scanning bruges ligeledes som markør for tumorvækst.

Men det vi normalt betegner som tumormarkører, er en blodprøve, hvori vi måler blodets koncentration af et stof, som øges i indhold ved øget canceraktivitet.

Dette stof er oftest et protein, som produceres af cancerceller. Derfor benævnes det ofte cancerantigen (CA), og benævnes med forskellige talværdier alt efter hvilken cancertype, det drejer sig om.

De hyppigst anvendte er:

CA 15-3 for brystkræft

CA 125 for kræft i æggestokke

CA 19-9 for bugspytkirtlen

PSA (ProstataSpecifikt Antigen) for prostatakræft

AFP (AlfaFøtoProtein) for primær leverkræft

CEA (CarcinoEmbryonalt Antigen) for kræft i tyktarmen

NSE (NeuronSpecifikEnolase) for småcellet lungekræft

Dertil kommer en lang række tumormarkører til sjældent forekommende kræftformer.

Det naturlige spørgsmål, man stiller sig, er selvfølgelig, om tumormarkører kan bruges til ens egen sygdom?

Det er ikke alle cancerformer, man har fundet specifikke markører til. Indtil videre er det omkring ti markører, der bruges, men interessen for at bruge dem eller finde nye synes ikke overvældende. Det kan måske forklares ved usikkerheden omkring de naturlige variationer i disse værdier, hvilket gør den praktiske anvendelighed noget usikker.

Således kan man kun sjældent benytte en forhøjet værdi til at stille en kræftdiagnose, men naturligvis kan den øge en mistanke, og det kan så føre videre til de nødvendige diagnostiske undersøgelser.

Tumormarkører bør derfor kun bruges som en støtte undervejs i en terapi eller et observationsforløb.

Hvis en prøve ikke er yderst pålidelig, så er det måske også u hensigtsmæssigt, at man lader sit humør tyrannisere flere uger før og efter en sådan prøve skal tages.

De fleste ved, hvor ubehageligt, man har det de sidste tre uger før en scanning.

Ja, ubehaget slipper først, hvis man får et godt resultat en uge efter, når det er tid til samtale om

undersøgelsen. Så har man tilbragt en måned med at gå og være nervøs.

Hvis man f.eks. forestiller sig en markør som har et normalområde (hos raske) på under 30 U/ml (units = enheder pr. milliliter serum), så vil mange opfatte det som en negativ udvikling, hvis de får en stigning fra 15 til 20. Men i virkeligheden er der måske blot tale om en naturlig variation inden for normalområdet.

Det er derfor vigtigt, at man tager den med ro og får talt ordentligt med sin læge om disse værdier. De må ikke bare tages i flæng, fordi ”man gerne vil se, hvordan det går”.

Man skal derfor nøje overveje mængden af prøver, og begrænse dem til det nødvendige og tilstrækkelige.

Prøverne måles med en god præcision på laboratoriet, men man skal være opmærksom på, at mange af disse markører er påvirkelige af mange andre faktorer.

Hvis man for eksempel nyligt har været til klinisk kontrol, hvor der er blevet følt og trykket på prostata, ja så stiger PSA umiddelbart.

Tumormarkører er således et tveægget sværd, som skal omgås med omhu.

Det er så fristende at gå ind til en generel helbredsundersøgelse på et testcenter og blive undersøgt ”fra top til tå”.

Men man må ikke glemme, at der altid er en risiko for at man går derfra i dårligt humør, fordi lægen har fundet et eller andet.

Anvendt korrekt er tumormarkører en udmærket ledetråd i et behandlingsforløb og af stor værdi i en længere observationsperiode.

Rabatordning til EDTA-Patientforeningens medlemmer

Der er indgået aftale med nedennævnte lægeklinikker, at de giver rabat til patienter der modtager EDTA-behandling og som er medlem af EDTA-Patientforeningen

Claus Hancke Speciallæge i Alm. Medicin

Irene Hage Praktiserende læge

Ole Købke Praktiserende læge

Lyngby Hovedgade 37, 2800 Kgs. Lyngby
Tlf. 45 88 09 00

Aa. Winther Nielsen

Speciallæge i Alm. Medicin

Hovedgaden 41, 01 - 2970 Hørsholm
Tlf. 70 25 12 05

Bruce Phillip Kyle Praktiserende læge

Stautrupvej 7A, 8260 Viby J. • Tlf. 86 28 96 88

Knut Flytlie Speciallæge i Alm. Medicin

Gludsmindevej 39, 7100 Vejle
Tlf. 75 72 60 90

Villy Lade Aps Speciallæge i Alm. Medicin

Nørregade 18 E, 9800 Hjørring
Tlf. 98 92 84 54

Intravenøs-behandlingerne foregår tirsdage og fredage

Bestyrelse:

Formand: **Willy Odgaard**, Herman Bangs Vej 3,
8660 Skanderborg - Tlf. 86 52 19 19
Mobil: 22 76 43 05 - e-mail: woc@vip.cybercity.dk

Næstformand: **Svend Aage Nielsen**
Rømersvej 2, Kielstrup, 9500 Hobro.
Tlf. 98 55 83 00.
E-mail: kielstrup@kielstrup.dk

Bent Jørgensen

Nørrevej 9, 2690 Karlslunde - Tlf. 46 15 00 18
e-mail: ingerbent@hotmail.com

Inger Jørgensen

Nørrevej 9, 2690 Karlslunde
Tlf. 46 15 00 18
e-mail: ingerbent@hotmail.com

Knud Hansen

Rytterkær 8, Herringløse, 4000 Roskilde
Tlf. 46 76 93 50
E-mail: knud.hansen@dlgnet.dk

Suppleant:

Ingen

**Personer, der er tilknyttet Patientforeningen,
med særlige opgaver:**

Kasserer: **Kenneth Svendsen**
Odensevej 154, 4700 Næstved - Tlf. 55 72 01 54
e-mail: ks4142@stofanet.dk

Erik Højstrup Christensen

Konsulent i særlige anliggender
Bakkevej 36, Dommerby, 7840 Højslev
Tlf. 97535428
e-mail: erikhc@jyde.dk



EDTA-Patientforeningen

Herman Bangs Vej 3, 8660 Skanderborg
Tlf. 86 52 19 19 - Mobil: 22 76 43 05
e-mail: woc@vip.cybercity.dk
Hjemmeside: www.edta-patientforeningen.dk
Patienttelefon: 70 27 36 98

**Patientforeningens repræsentanter
i regionerne:**

Region Hovedstaden

1. Bent Jørgensen (bestyrelsesmedlem)
Nørrevej 9, 2690 Karlslunde - Tlf. 46 15 00 18

2. Ruth Banks
Solrød Byvej 58, 2680 Solrød Strand
Tlf. 56 14 46 66

Region Sjælland:

1. Inger Jørgensen (bestyrelsesmedlem)
Nørrevej 9, 2690 Karlslunde - Tlf. 46 15 00 18

2. Elsebeth Kaae
Odensevej 154, 4700 Næstved - Tlf. 55 72 01 54

Region Syddanmark:

1. Willy Odgaard (bestyrelsesmedlem)
Herman Bangs Vej 3, - 8660 Skanderborg
Tlf. 86 52 19 19

2. Henning Grube Andersen
Fåborgvej 37 - 5762 V. Skerninge - Tlf. 62 24 18 90

Region Midtjylland:

1. Erik Bøndergaard
Solbakkevej 1, 7480 Vildbjerg - Tlf. 97 13 21 04

Region Nordjylland:

1. Bente Svarre
Bødgersmindevej 7, Thorning - 8620 Kjellerup
Tlf. 86 88 03 04