

I mødrenes tegn

På informationsmødet d. 12. marts på Frederiksberg Hospital gennemgik overlæge og ph.d. Anne B. Juul den nye nationale behandlingsvejledning for gravide med stofskiftesygdomme.

Af Kristina Schønnemann Jensen

På bænkerækkerne i auditoriet d. 12. marts var der ekstra mange unge kvinder, der havde taget turen til Frederiksberg Hospital med en eller to veninder eller deres mor. Dagens første emne var nemlig særlig relevant for kvinder, der ønsker at blive mor – og for de forældre, der ønsker at vide, hvordan det skal gå, når deres unge piger får tanker om graviditet.

Oplægsholder overlæge og ph.d. Anne B. Juul på Hillerød Hospital er tovholder for arbejdsgruppen, der består af primært endokrinologer, børnelæger, gynækologer og fertilitetslæger, og disse har i samarbejde udfærdiget

den nye nationale behandlingsvejledning for gravide med stofskiftesygdomme. Hendes vigtigste budskab denne lørdag lød klokkeklart, at gravide med stofskiftesygdomme altid bør blive fulgt nøje på en endokrinologisk afdeling. Hvilket der er gode grunde til. Risiciene ved et ureguleret stofskifte under en graviditet kan nok få de fleste til at gyse. Spontan abort, svangerskabsforgiftning, risiko for at moderkagen løsner sig og for tidlig fødsel er skrækeksemplerne.

Men Anne B. Juul havde et lige så klart budskab til at berolige de kommende forældre: Hvis moderen er velbehandlet, forsvinder selv samme risici. Netop derfor er graviditet og stofskiftesygdomme en specialistopgave. Behandlingsvejledningen har hver sine anbefalinger for kvinder med henholdsvis højt og lavt stofskifte, men Anne B. Juul startede sit oplæg med fællesnævnerne: nemlig hormonelle forandringer hos moren.

Hormoner på himmelflugt

Der sker nemlig en masse de første 20 uger af graviditeten. Mængden af det thyroxin-bindende globulin, også kaldet TBG, øges til det dobbelte på grund af kvindens øgede østrogenmængder. TBG har den effekt, som navnet antyder, at den binder T3 og T4. Det betyder, ifølge Anne B. Juul,



Foto: D T Amber Maternity Shot. Licens: Creative Commons2.0

at skjoldbruskkirtlen går i gang med at danne ekstra meget T3 og T4, fordi den normale produktion af hormonerne nu er bundet af TBG. Omkring uge 20 af graviditeten opnår den kommende mor en ny ligevægt.

Fosteret derimod har ingen stofskifteproduktion de første 14 uger og er fuldstændig afhængig af morens produktion. Herefter begynder fosteret selv at danne hormonerne, og omkring uge 18-20 klarer barnet selv sin produktion af stofskiftehormoner, T4 passerer nemt moderkagen; hvorimod det er usikkert, hvor meget T3, der passerer.

Antistoffer i "arv"

I moderkagen udveksler moder og foster ilt og næring. Desværre kan visse antistoffer såsom TRAB også passere via moderkagen til fosteret. Derfor er lægerne særlig opmærksomme på antistofferne ved Graves' patienter, da barnet bliver påvirket af disse antistoffer op til 6 uger efter fødslen, herefter findes de ikke længere hos barnet. Men Anne B. Juul minder også om, at mange kvinders antistoffer og autoimmune sygdomme falder til ro under en graviditet.

Faktisk har 6-20 pct af alle raske kvinder også de såkaldte TPO-antistoffer. Disse påvirker ikke barnet direkte; men kun indirekte ved at påvirke moderens stofskifte og ifølge Anne B. Juul medfører de ikke nødvendigvis, at moren bliver syg og udvikler Hashimotos sygdom. Der er dog en øget risiko for at udvikle lavt stofskifte under eller efter graviditeten, og derfor skal moderen følges af en endokrinolog under graviditeten, hvis hun har fået påvist disse antistoffer, selvom hendes stofskifte er normalt.

Hyppige blodprøver

Gravide med stofskiftesygdomme skal indstille sig på hyppige blodprøvekontroller (cirka hver 4-6 uger), så endokrinologerne kan følge stofskiftet gennem alle tre trimestre af graviditeten. Og hvor bør gravidens TSH så ligge, spurgte Anne B. Juul retorisk. Hun fortalte, at man på Rigshospitalet¹ havde undersøgt 1.800 raske kvinders stofskifte gennem hele graviditeten. Resultaterne her fra giver et noget andet billede, end det mere eller mindre kendte mantra om et TSH under 2,5. Derfor anbefaler Anne B. Juul, at man i første trimester af graviditeten styrer efter et TSH på mellem 0,1-3,6, og i andet og tredje trimester mellem 0,3-3,6.

Behandling af gravide med lavt stofskifte

Alle gravide med lavt stofskifte skal så hurtigt som muligt henvises til endokrinolog. Kvinder, der ikke allerede er i behandling, vil med det samme blive medicineret med minimum 100 mg Levothyroxin dagligt og herefter fulgt nøje. Kvinder, der allerede er i behandling for lavt stofskifte, bliver sat op i dosis med 30-50 procent, så snart de opdager, de tester positive. Det er en behandling, som forskerne har fundet at være solid, fortæller Anne B. Juul.

Alle gravide behandles med T4 (hvor det virksomme stof også kendes som Levothyroxin). Kombinationsbehandlinger, hvor man behandler med T3 og T4 udviklet på laboratorier eller som ekstrakter fra dyrekirtler, anbefaler den nationale vejledning ikke under graviditet. Her understregede Anne B. Juul, at de allerede eksisterende behandlingsmuligheder har vist sig så sikre og effektive,

at medicinske forsøg og behandlinger med denne form for medicin vil være uetiske at gennemføre. Endvidere har dyrestudier vist, at T3 passerer moderkagen i ringe grad, hvilket medfører en risiko for at barnet vil være underbehandlet, selvom moderen er velbehandlet, fortalte Anne B. Juul

Behandling af gravide med højt stofskifte

Kvinder, der har for højt stofskifte og ønsker at blive gravide, skal også henvises via egen læge til de endokrinologiske afdelinger. Der er nemlig, ifølge Anne B. Juul, en risiko for – om end den er meget lille – mindre misdannelser af fosteret, når moderen er i behandling med Thycazol. Her anbefaler den nationale behandlingsvejledning, at læge og kvinde tager en snak om alternativet, som er medicinen Propyltiouracil. Ulempen ved denne medicinform er, at den skal tages tre gange om dagen, ligesom den i meget sjældne tilfælde kan give leverbetændelse hos moderen. Sammen bør læge og patient drøfte, hvad der vil være bedst for patienten. Vælger man Propyltiouracil, fortsætter behandlingen indtil fosteret er 14 uger gammelt, hvorefter man skifter tilbage til Thycazol.

For de få gravide kvinder, der har så svært forhøjet stofskifte, at man ikke rigtigt kan styre det medicinsk, anbefaler den nationale vejledning at fjerne skjoldbruskkirtlen ved operation, hvilket i givet fald er bedst at gøre i andet trimester af graviditeten. Har moderen haft TRAB-antistoffer i graviditeten, kontrolleres barnets stofskifte efter fødslen, ligesom det er relevant at holde godt øje med moderens niveauer i tiden efter fødslen.

¹ Forsøget på Rigshospitalet er publiceret under titlen: Thyroid function and autoimmunity in Danish pregnant women after an iodine fortification program and associations with obstetric outcomes af Bliddal S, Boas M, Hilsted L, Friis-Hansen L, Tabor A & Feldt-Rasmussen U. 2015.