Thyroideasygdomme og graviditet
Arbejdsgruppe: Thea Lousen og Jeannet Lauenborg (tovholder)
Godkendt 2017

Denne guideline er baseret på National Behandlings-Vejledning (NBV) om Thyroideasygdom ved graviditet og infertilitet (http://www.endocrinology.dk/index.php/2-thyroidea-sygdomme/5-thyroideasygdom-ved-graviditet-og-infertiliet) på Dansk Endokrinologisk Selskabs hjemmeside.

Denne guideline afløser guideline fra 2008: Thyroidea-sygdomme, graviditet og fødsel.
Oprindelig arbejdsgruppe: Lise-Lotte Torvin Andersen, Bent Brandt Hansen,
Lene Grønbeck, Ellinor Helmuth, Kathrine Birch Petersen, Peter Damm, Per Ovesen, Thea Lousen tovholder). Endokrinologer: Elisabeth R. Mathiesen, Åse Krogh Rasmussen og Ulla Feldt-Rasmussen

Diagnosekoder (ICD)

DO992C	Thyrotoksikose som komplicerer graviditet, fødsel eller barselsperiode
DO992B	Hypothyroidisme som komplicerer graviditet, fødsel eller barselsperiode
DO905	Thyroiditis efter fødsel i kombination med DE039 (Hypothyroidisme) eller DE059 (Thyreotoksikose)

Obstetriske highlights om håndtering af thyroideadysfunktion under graviditet

Hypothyroidisme/Lavt stofskifte/Myxødem

- Alle gravide med nedsat thyroideafunktion skal så tidligt som muligt henvises til endokrinolog mhp kontrol og regulation.
- Hypothyroidisme under graviditet behandles altid med Levothyroxin.
- Prægravid dosis Levothyroxin øges med 30-50% ved konstateret graviditet.
- Ved nydiagnosticeret hypothyroidisme startes behandling øjeblikkeligt.
    - 100 mikrogram Levothyroxin dagligt, optitreres efter 2-4 uger.
- Abort tilrådes generelt ikke på baggrund af maternel hypothyroidisme; derimod tilrådes hurtig normalisering af stofskiftet.
- Behandlingsmål TSH under 2,5 mIU/L.
- Euthyroide med TPO-antistoffer følges med TSH og T4/frit T4 hver 4.-6. uge og behandles hvis TSH er over 2,5 mIU/L.
- Der er ikke indikation for rutinemæssig screening for TSH-receptor-antistoffer (TRAb) ved gravide med hypothyroidisme uden anamnese på Graves' Sygdom.
- Gravide med hypothyroidisme efter thyroidektomi/radiojod-behandling for Graves' Sygdom skal have målt TRAb så tidligt som muligt i graviditeten – se i øvrigt afsnittet om Thyrotoksikose.
- Der er ikke evidens for, at gravide med velbehandlet hypothyroidisme har øget risiko for væksthæmning hos fosteret. Der er således ikke grund til rutine-vægtskanning i graviditeten. Den gravide kan følges hos jordemoder.
- Der er ikke indikation for thyroidea-blodprøver på den nyfødte ud over vanlig PKU.
- Levothyroxin kan anvendes ved amning.

Thyrotoksikose/Højt stofskifte/Graves' Sygdom

Herunder hypo- eller euthyroide, der tidligere er behandlet for thyrotoksikose med radiojod eller thyroidektomi

- Ved behandlingskrævende thyrotoksikose under graviditet gives anti-thyroid medicin i monoterapi (PTU eller Thiamazol afhængigt af trimester).
- Behandlingen er en specialistopgave og varetages af endokrinolog.
- Behandlingsmål er thyroidea-funktion højt i normalområdet.
- Radiojod-behandling er kontraindiceret under graviditet.
    - Der bør gå mindst 4 måneder fra radiojod-behandling til graviditet planlægges.
- TRAb anbefales målt i graviditetsuge 20-24. Og ved positiv værdi gentaget i 3. trimester.
- Pga øget risiko for væksthæmning hos fosteret anbefales obstetrisk kontrol med vægtskanning ca. uge 28 og 32-34.
- Dysregulerede bør følges obstetrisk med vægtskanning med 4-5 ugers interval fra uge 25.
- Ved forhøjede TRAb (2-3 gange øvre referenceinterval) suppleres med skanning for føtal struma ved føtalmediciner.
- Det nyfødte barn bør vurderes for mulig thyroideasygdom med blodprøve fx 5, 10 og evt. 15 dage gammel. PKU er ikke tilstrækkelig, idet der udelukkende vurderes forhøjet TSH. Navlesnorsprøve kan ikke anvendes, da mange nyfødte har meget høj TSH, uden at det har klinisk betydning.
- Begge præparater kan anvendes ved amning.
    - PTU op til 300 mg/dag
    - Thiamazol op til 30 mg/dag

Gestationel transient (forbigående) thyrotoksikose (ved hyperemesis)

- Der er sjældent behov for anti-thyroid behandling ved gestationel thyrotoksikose.
- Kortvarig behandling med betablokker (propranolol i lavest mulige dosis, fx 10-20 mg 3-4 gange i døgnet) kan være indiceret ved udtalte thyrotoksiske symptomer.

Screening for thyroideasygdom under graviditet

- Der er ikke evidens for generel screening af alle gravide.
- Det er relevant at screene risikogrupper med TSH og evt. TPO-antistoffer, da thyroidea-dysfunktion kan føre til risiko for misdannelser, abort, præterm fødsel, post partum thyroiditis samt thyroidea-dysfunktion og nedsat IQ hos barnet.
    - Anamnese med højt eller lavt stofskifte, post partum thyroiditis eller thyroidektomi
    - Familieanamnese med thyroideasygdom
    - Struma
    - Kendt med TPO-antistoffer
    - Symptomer eller kliniske tegn på thyroidealidelse
    - Type 1 diabetes
    - Andre autoimmune sygdomme
    - Som led i udredning af infertilitet og abortus habitualis

    - Tidligere strålebehandling på hoved- eller hals-region
    - Tidligere præterm fødsel

NBV om Thyroideasygdom ved graviditet og infertilitet indeholder desuden afsnit om

- Post partum thyroiditis
- Struma og knuder i skjoldbruskkirtlen hos gravide
- Thyroideafunktionstest og referenceintervaller
- Thyroideasygdom og infertilitet
- Referenceliste