

SKJALDKIRTISSJÚKDÓMAR Á MEÐGÖNGU

ICD-10 greiningar:

E03.9 Skjaldvakabrestur, ótilgreindur

E03.3 Skjaldvakabrestur í kjölfar sýkingar

E89.0 Skjaldvakabrestur, eftir aðgerð

E05 Skjaldvakaofseyting

E05.8 Önnur skjaldvakaofseyting

E06.3 Hashimoto's thyroiditis

Skjaldkirtilssjúkdómar eru algengir hjá konum á barneignaraldri. Oft greinast þeir á fyrsta ári eftir fæðingu.

Talið er að 2-4/100 barnshafandi kvenna hafi vanstarfsemi skjaldkirtils, en 1-2/1000 barnshafandi kvenna hafi ofstarfsemi skjaldkirtils.

Þeir sjúkdómar sem um ræðir eru kallaðir skjaldvakabrestur (vanstarfsemi) og skjaldvakaofseyting (ofstarfsemi). Starfsemi skjaldkirtils getur haft áhrif á t.d. frjósemi, heilsu móður á meðgöngu og heila- og taugaþroska fósturs.

Það er ekkert sem bendir til þess að vel meðhöndlaður skjaldvakabrestur hafi áhrif á vöxt fósturs.

Í upphafi meðgöngu er skimað fyrir skjaldkirtilssjúkdómi hjá konum með áhættuþætti.

MÆLA TSH Í BYRJUN MEÐGÖNGU EF EITTHVAÐ AF EFTIRFARANDI Á VIÐ:

- BMI \geq 40
- Grunur um joðskort t.d. vegna mataræðis
- Notkun ákveðinna lyfja t.d. Lithium og Amiodaron
- Saga um brottnám hluta skjaldkirtils eða geislun á háls
- Saga um fyrirburafæðingu
- Saga um ófrjósemi
- Saga um \geq 3 sjálfkrafa fósturlát í röð
- Skjaldkirtilssjúkdómur, saga um skjaldkirtilstruflun, saga um TPO mótefni eða stækkaður skjaldkirtill
- Sykursýki týpa 1 eða aðrir sjálfsöfnæmissjúkdómar
- Ættarsaga um skjaldkirtilssjúkdóm í fyrsta ættlið

Ef nýlega er búið að mæla starfsemi skjaldkirtils fyrir þungun er ekki ástæða til að endurtaka mælingu ef þau gildi voru eðlileg.

VIÐMIÐUNARMÖRK

Á meðgöngu verða lífeðlisfræðilegar breytingar á starfsemi skjaldkirtils. Framleiðsla T3 og T4 eykst og tilsvandi eykst framleiðsla á bindipróteinum, TBG (thyroxin binding globulin). Þéttni frírra skjaldkirtilhormóna (fT3 og fT4) í sermi getur einnig hækkað lítillega en það stafar af áhrifum hCG, sem hefur væg örvandi áhrif á TSH (stýrihormón skjaldkirtils) viðtaka. Þau áhrif eru mest í 7. -11. viku meðgöngu.

Viðmiðunarmörk fyrir TSH á meðgöngu (mIU/l) ættu að vera:

- fyrsti þriðjungur: 0.26 - 3,70
- annar þriðjungur: 0.28 - 3,90
- þriðji þriðjungur: 0.30 - 4.20

Ráðlagt er að mæla anti -TPO hjá konum með TSH > 2,5 mIU/L.

Þéttni fT3 og fT4 lækkar á 2. og 3. þriðjungi meðgöngu, m.a. vegna lágs S-albumin. Þar sem TSH hækkar ekki er þetta álitið eðlilegt ástand.

Viðmiðunarmörk fyrir fT4 (pmól/l) og fT3 (pmól/l) á meðgöngu eru eftirfarandi:

- fT4: 1. þriðjungur: 12,1-19,6; 2. þriðjungur: 9,6-17,0; 3. þriðjungur: 8,4-15,6.
- fT3: 1. þriðjungur: 3,8-6,0; 2. þriðjungur: 3,2-5,4; 3. þriðjungur: 3,1-5,0

SKJALDVAKABRESTUR (HYPOTHYROIDISM)

Konu með þekktan skjaldvakabrest og á tyroxinmeðferð er ráðlagt að hækka vikuskammtinn um 30-50 % þegar þungunarpróf er jákvætt og mæla skal TSH og fT4.

Verulegur skjaldvakabrestur (overt hypothyroidism)

Skilgreining: Lágt fT4 og TSH > 4,2 mIU/L eða TSH > 10 óháð þéttni fT4.

Getur haft mikil áhrif á fóstur en tímanleg og nægjanleg meðferð kemur að mestu eða öllu leyti í veg fyrir fylgikvilla. Mælt er með að setja strax inn fulla uppbótarmeðferð, u.þ.b. 1,6 mcg levothyroxin á kg/dag.

Vægur skjaldvakabrestur (subclinical hypothyroidism)

Skilgreining: TSH > 4,2 mIU/L og eðlilegt fT4.

Rannsóknir benda til að áhætta fari eftir því hvort mótefni gegn TPO séu til staðar (anti-TPO). Við jákvæð mótefni sést að aukin áhætta kemur fram við TSH gildi > 2,5 mIU/L en við TSH > 5-10 ef mótefni eru ekki til staðar.

Ráðlagt er að mæla anti-TPO hjá konum með TSH > 2,5 mIU/L.

Ef mótefni eru jákvæð:

- TSH > 4,2 mIU/L. Hefja meðferð með levothyroxin, upphafsskammtur er 1 mcg/kg/dag.
- TSH 2,6 – 4,2 mIU/L. Íhuga meðferð með levothyroxin 50 mcg/dag.

Ef mótefni eru neikvæð:

- Meðhöndla með levothyroxin ef TSH er > 10 mIU/L, upphafsskammtur er 1 mcg/kg/dag.

Eftirfylgd:

Mæla skal TSH á fjögurra vikna fresti fram að 20. viku meðgöngu og eftir það a.m.k. einu sinni á tímabilinu 26-32 vikna meðgöngulengd. Á þetta við hvort sem konan er á lyfjum eða ekki. Einnig þarf að mæla TSH 4 vikum eftir lyfjabreytingar.

Konur með jákvæð TPO mótefni en með eðlilegt TSH eru í aukinni hættu á að þróa með sér skjaldvakabrest á meðgöngu og ætti að fylgja þeim eftir með sama hætti.

Eftir fæðingu:

Kona með þekktan skjaldvakabrest fyrir meðgöngu fer á sama skammt og hún var á fyrir meðgöngu nema annað sé ákveðið og mælt er með eftirliti hjá heimilislækni og TSH mælingu 6 vikum eftir fæðingu.

Kona með nýgreindan skjaldvakabrest á meðgöngu tekur levotyroxin eftir fæðingu í samráði við meðhöndlandi lækni og mælt er með eftirliti 6 vikum eftir fæðingu. Ef bresturinn er vægur (subclinical) er meðferð hætt þegar brjóstagjöf lýkur og mælt er með TSH mælingu og eftirliti hjá heimilislækni 6 vikum síðar.

SKJALDVAKAOFSEYTING (THYROTOXICOSIS)**Skjaldvakaofseyting**

Skilgreining: hátt fT4 og lágt TSH

Mikilvægt er að greina orsök ofstarfsemi skjaldkirtils. Mismunagreining er oftast hCG áhrif eða Graves sjúkdómur.

Við væg einkenni og engin sértæk Graves einkenni (stækkaðan kirtil, einkenni frá orbita) og þegar meðgönguuppköst eru til staðar, er líklegra að um örvun frá hCG sé að ræða. Á fyrri hluta meðgöngunnar getur hCG haft væg örvandi áhrif á TSH viðtaka. Ástandið sést oft í tengslum við hyperemesis gravidarum. Þetta gerist í 1-3% tilvika.

Eftirfylgd:

Meðferð er styðjandi, þ.m.t. vökvauppbót. Ekki er þörf á skjaldkirtilsbælandi meðferð en meðferð með b-blokkum getur komið til tals við miklum einkennum.

Við grun um aðrar orsakir t.d. Graves sjúkdóm eða ofvirka hnúta þarf að mæla mótefnið TRAb. Ef TRAb er neikvætt eða klínísk skoðun bendir til hnúta þarf að meta þörf á ómskoðun á skjaldkirtli.

Graves sjúkdómur

Algengasti sjúkdómur sem veldur ofstarfsemi skjaldkirtils á meðgöngu er Graves sjúkdómur. Um 3 hópa er að ræða:

- Konur með þekktan sjúkdóm og eru á meðferð
- Konur sem greinast á meðgöngu
- Konur með fyrri sögu um Graves sjúkdóm

Eftirfylgd:

Konum með Graves sjúkdóm eða fyrri sögu um Graves sjúkdóm er boðið viðtal við fæðingalækni á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Samráð er haft við innkirtlalækni. Meta þarf hvort hægt sé að hætta skjaldkirtilsbælandi lyfjameðferð, hvort breyta þurfi lyfjum eða setja inn meðferð.

TRAb mótefni er mælt í upphafi meðgöngu og ef það er hækkað eða konan er á lyfjum er það endurtekið í viku 18-22. Ómskoðanir á fóstri eru áætlaðar og metið hvort gera þurfi ómskoðun á skjaldkirtli fósturs.

Ef konan er með virkan Graves sjúkdóm og/eða á lyfjum er henni vísað í áhættumæðravernd.

Eftir fæðingu:

Bælimeðferð og eftirlit eftir fæðingu er alltaf í höndum innkirtlalækni.

Heimildir:

Vinnuleiðbeiningar um skjaldkirtilssjúkdóma á meðgöngu eftir Ara Jóhannesson innkirtlalækni. Eru þær meðal annars unnar út frá leiðbeiningum American Thyroid Association (ATA) frá 2017.

MÆÐRAVERND ÞÍH APRÍL 2024